

**P A M I Ę T N I K**  
**TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO**  
**WARSZAWSKIEGO**

**WYDANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA**

**POD REDAKCJĄ**  
**ZDZISŁAWA GORECKIEGO**

**T O M   C X X V**

**WARSZAWA**  
**1 9 3 1**



CZYNNOŚCI  
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO  
PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ

ODBYTYCH W ROKU 1930

**P A M I Ę T N I K**  
**TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO**  
**WARSZAWSKIEGO**

WYDANY NAKŁADEM TEGOŻ TOWARZYSTWA

POD REDAKCJĄ  
**ZDZISŁAWA GORECKIEGO**

**T O M   C X X V**

**Biblioteka Główna**  
**WUM**

**WARSZAWA**  
**1 9 3 1**

ZAKŁADY DUKARSKIE  
A. BIAŁOBRZESKIEGO  
W A R S Z A W A  
ŻÓRAWIA 7  
TELEFON  
245-83



## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA WYBORCZEGO

**z dn. 7 stycznia 1930 roku.**

Przewodniczący — Wice-Prezes *L. Paszkiewicz*.

Obecnych członków T-wa 92.

1. Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia administracyjnego z dn. 30/XII. 1924 r.

2. Sekretarz doroczny *J. Trzebiński* odczytuje sprawozdanie z działalności naukowej T-wa za rok ubiegły.

W roku sprawozdawczym 1929 Towarzystwo Lekarskie Warszawskie odbyło 22 posiedzenia kliniczne, na których wygłoszono 32 odczyty i przedstawiono 24 pokazy. W dyskusji zabierały głos 94 osoby. Frekwencja kolegów członków Towarzystwa wyniosła ogółem 1008 osób, średnio na jednym posiedzeniu — 46. Największa liczba członków na jednym posiedzeniu — 88 osób, najmniejsza — 22.

490 gości przybyło na posiedzenie kliniczne, średnio 24 osoby na 1 posiedzenie. Największa liczba — 67 osób, najmniejsza — 7.

Oprócz posiedzeń klinicznych, odbyło się 5 posiedzeń, poświęconych sprawom szpitalnictwa. Wygłoszono na nich 6 odczytów, w dyskusji zabierało głos 41 osób. Frekwencja członków ogółem — 259 osób, gości — 57, średnio na 1 posiedzeniu wypadało 52 członków i 11 gości.

Sprawy, omawiane na posiedzeniach poświęconych szpitalnictwu, budziły wśród zebranych niemałe zainteresowanie i wywoływały wielce ożywioną dyskusję. Z odczytów i związanej z nim dyskusji wyzierała zawsze głęboka troska o dobro szpitalnictwa

Wszystkie protokoły posiedzeń zostały przygotowane do druku

3. Wice-Prezes złożył podziękowanie ustępującemu sekretarzowi dorocznemu kol. *J. Trzebińskiemu* za pracę na tem stanowisku w roku ubiegłym.

4. Wobec dostatecznej liczby obecnych członków T-wa przystąpiono do wyborów.

1) na Sekretarza Stałego został wybrany Kol. *Sawicki Bronisław*.

2) na Prezesa został wybrany kol. Orłowski Witold.  
3) na Wice-Prezesa został wybrany kol. Paszkiewicz  
Ludwik.

4) na Sekretarza dorocznego wybrano kol. Roguskiego  
Jana.

5) na Zastępcę sekretarza dorocznego wybrano kol. Kosińskiego Władysława.

6) na Członka Zarządu wybrano kol. Łapińskiego  
Wacława.

7) na członka Komitetu Rewizyjnego został wybrany kol.  
Bryndza-Nacki Ludwik.

8) Do Kasy Wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach zostali wybrani koledzy: A. Gruszczyński, H. Łazarowicz, W. Szumlański oraz G. Chodakowski i A. Krzyczkowski.

9) na członków czynnych wybrani zostali:

- 1) Kol. Barański Rajmund
- 2) " Bratkowski Edmund
- 3) " Brokman Henryk
- 4) " Butkiewicz Tadeusz
- 5) " Chodkowski Karol
- 6) " Dobrowolski Kazimierz
- 7) " Hinz Tadeusz
- 8) " Jachimowicz Jan
- 9) " Korsak Idalja
- 10) " Korzeniowski Lucjan
- 11) " Krause Aleksander
- 12) " Laskowski Józef
- 13) " Łatkowski Michał
- 14) " Markert Wacław
- 15) " May Józef
- 16) " Michałowicz Mieczysław
- 17) " Piasecki Marjan
- 18) " Piechowska Janina
- 19) " Piotrowski Kazimierz
- 20) " Pokorny Gwidon
- 21) " Pokrzewiński Stefan
- 22) " Popowski Stanisław
- 23) " Półtorzycka Stanisława
- 24) " Pruszczyński Aleksander
- 25) " Ręczajski Wacław
- 26) " Rytel Aleksander
- 27) " Siedlecki Eustachy
- 28) " H. Wasilkowska-Krakowska
- 29) " Wajgiel Eugenjusz
- 30) " Wierzbowska Marja
- 31) " Wszelaki Stanisław
- 32) " Zwajewska Halina

Wiceprezes: *Paszkiewicz.*

Sekretarz Doroczny: *Trzebiński.*

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO z dnia 21 stycznia 1930 r.

Początek o godz. 20 m. 2.

Obecnych członków Towarzystwa 106, wprowadzonych gości 28.

1. Sekretarz stały, kol. B. Sawicki wygłosił biografię ś. p. Kazimierza Zielińskiego (streszczenie własne).

Ś. p. Kazimierz Zieliński urodził się w r. 1863 na Litwie, w Marjampolu, gdzie ukończył gimnazjum. W r. 1882 wstąpił na Wydział Lekarski w Uniwersytecie Warszawskim, skąd w rok potem był czasowo wydany za sprawę Apuchninowskiego. Pomimo to już w grudniu 1888 r. otrzymał dyplom lekarski *exima cum laude*. Bezpośrednio potem aż do Lipca 1890 r. pracuje w roli wolontariusza na oddziale Dra Sokołowskiego w szpitalu Ś-go Ducha, a następnie przechodzi na świeżo utworzoną posadę lekarza miejscowego w szpitalu praskim. Tu, jako pomocnik lekarza naczelnego, otrzymuje do prowadzenia dwie sale chorych, a pozatem stwarza i prowadzi przychodnię szpitalną. Gdy w 1892 r. wybuchła cholera, ś. p. Zielińskiemu powierzają oddział choleryczny. Stanąwszy do konkursu w r. 1898, ś. p. Zieliński otrzymuje stanowisko ordynatora nadetatowego, a w r. 1900 — etatowego. Gdy w r. 1915 powstała epidemia chorób zakaźnych, Komitet Obywatelski m. Warszawy powołuje ś. p. Zielińskiego na stanowisko lekarza naczelnego szpitala dla chorób zakaźnych a właściwie duru wysypkowego przy ul. Brzeskiej, a pozatem porucza mu zorganizowanie szpitala dla chorych cholerycznych przy ul. Lubelskiej. Jak się ś. p. Zieliński wywiązał z zadania tego, mogą świadczyć jego prace o durze wysypkowym. W r. 1918 po śmierci ś. p. Rauma, Zieliński zostaje mianowany Naczelnym lekarzem szpitala praskiego (inaczej szpitala Przemienienia Pańskiego). Zarówno jako ordynator oddziału, jakoteż i na stanowisku lekarza naczelnego ś. p. Zieliński położył dla szpitalnictwa warszawskiego duże zasługi. Wytrawny i sumienny lekarz, taktowny i dbały o młodszych kolegów nauczyciel, wysoce był ceniony zarówno przez chorych, jakoteż i przez licznych swych asystentów. Nie mniej dodatnich stron swego charakteru ujawnił ś. p. Zieliński na stanowisku lekarza naczelnego.

Obowiązki te przypadły na lata powojenne, a zatem na lata strejków, walk klasowych, lata dużych nadziei i zamierzeń, które smutna rzeczywistość rozwiewała. Odbijało się to na szpitalu Przemienienia Pańskiego może nawet więcej, niż na wielu innych, ponieważ szpital ten zupełnie nie był przygotowany do tych zadań, jakie mu w udziale przypadły.

Zamierzano przebudowę na wielką skalę, rozpoczęto roboty a tymczasem wszystko co chwila utykało dla braku środków. Ś. p. Zieliński bolał nad tem, że robota budowlana stoi, że części już wykonane nieraz niszczeją, sypią się wobec niemożności odpowiedniego ich zabezpieczenia. To było źródłem ciągłych utrapień Zielińskiego, lecz jednocześnie i ciągłych starań, zabiegów, które, choć tylko częściowo, odnosiły jednak skutek. Nie sądzonem było

ś. p. Zielińskiemu doczekać się wykończenia nawet tego, co on sam zapoczątkował. Niemniej przeto praca Jego, troski i starania nie pójdą już na marne, ponieważ, dzięki Jego staraniom, znaczną część robót miasto już wykonało, Praca lekarza Zielińskiego nie ograniczała się do szpitali i praktyki prywatnej. W ciągu szeregu lat był on lekarzem kolejowym, a nadto naczelnym lekarzem tramwajów miejskich, które to stanowisko dobrowolnie opuścił w r. 1917.

Pozatem, ceniąc zalety Zielińskiego, jego prawy rozum i pracę, powoływano go w różnych czasach na rozmaite stanowiska społeczne. A więc w Towarzystwie Higienicznym długi czas był sekretarzem Wydziału Szpitalnictwa i później, gdy w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich utworzono sekcję szpitalną, ś. p. Zieliński był w niej przewodniczącym. Pozatem w tem to Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich był sekretarzem Zarządu, a później członkiem Komisji balotującej, w Związku Lekarzy polskich przewodniczącym Obwodu Warszawskiego, w kole imienia Marcinkowskiego przewodniczącym, w Towarzystwie Internistów wiceprezesem, członkiem Rady Szpitalnej przy wydziale Opieki Społecznej i Szpitalnictwa. W naszym Towarzystwie Lekarskim, zostawszy członkiem czynnym w r. 1893; piastował urząd Członka Komisji Rewizyjnej w dwóch kadencjach, poczem był Członkiem Zarządu w latach 1921 — 1923, Wiceprezesem w roku 1924 do 1927 włącznie i Prezesem w latach 1928 i 1929, Na tych stanowiskach, jak wszędzie wogóle, wyróżniał się pracowitością i taktem. Przyczynił się on niemało do uporządkowania zapisów, w czem był nieraz pomocą Sekretarzowi Stałemu Prof. Gluzińskiemu.

W polskim piśmiennictwie lekarskim pozostawia ś. p. Zieliński 31 prac wnoszących do patologii lub terapii nowe szczegóły. Do ich rzędu należą prace: o ciałach obcych w uszach, w drogach oddechowych i pokarmowych, o wodogłowie u dzieci, o doustnem stosowaniu soli bizmutowych w ostrem zatruciu środkami żrącymi, o leczeniu aurosaniem, przypadek zimnicy utajonej i inne. Drugą grupę stanowią artykuły z dziedziny higieny, jako to: o konkursie na plany szpitalika prowincjonalnego, o przewożeniu chorych zakaźnych ze wsi do szpitali i izolacji otoczenia, o przewożeniu ciężko chorych kolejami. Do trzeciej grupy należą życiorysy: Rauma, Maliszewskiego i Sokołowskiego. Wreszcie czwartą grupę, która właściwie łączy się z pierwszą, stanowi 8 prac o durze wysypkowym. Wyodrębniamy tę grupę dlatego, ponieważ stanowi ona pewną odrębną całość i w niej najbardziej ujawnia się indywidualność Zielińskiego. Opierając się na ogromnym materiale 2000 spostrzeżeń, podaje ś. p. Zieliński dokładny obraz tego cierpienia, który słabo był opracowany, zwłaszcza w pedjatrii, a pozatem przedstawia swój sposób leczenia, polegający na podskórnych lub dożylnych wstrzykiwaniach płynu mózgowordzeniowego, otrzymanego od tychże chorych. Dzięki takiemu postępowaniu Zieliński miał w swoim szpitalu znacznie mniejszy odsetek zejść śmiertelnych, niż to było w innych szpitalach.

Kończąc niniejsze wspomnienie, muszę jeszcze raz podkreślić

iż ubył nam pracownik sumienny, człowiek prawy, kolega umiłowany. Strata to wielka zarówno dla nas, jak i dla szpitala praskiego, dla całego społeczeństwa. Cześć jego pamięci.

2. Prezes, kol. W. Orłowski komunikuje zarządzenia Zarządu związane ze stratą, jaką poniosło Towarzystwo w związku ze śmiercią ś. p. K. Zielińskiego, poczem ogłasza na znak żałoby minutowe milczenie.

3. Kol. Prezes wygłasza przemówienie (streszczenie własne) poczem wręcza dyplomy nowoprzyjętym członkom.

Otwierając dzisiejsze posiedzenie, poczuwam się do miłego obowiązku złożenia w imieniu nowego Zarządu Kolegom serdecznego podziękowania za zaszczytne powołanie nas do kierowania Towarzystwem w roku bieżącym. Nie mam zamiaru wygłaszania przemówienia programowego, hołduję bowiem nie słowom, lecz czynom. Zadanie włożone na nas, będziemy uważali za spełnione, jeżeli przyczynimy się do ożywienia ruchu naukowego, do zespolenia w tej pracy członków Towarzystwa i do zacieśnienia więzów z Wydziałem Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, jako Wyższą Uczelnią Lekarską w Warszawie. Rozumiejąc, że temu zadaniu podołamy tylko przy czynnym współudziale wszystkich członków Towarzystwa, usilnie proszę o wyteżoną współpracę. Z tym apelem zwracam się również i do tych z Was, którzy dopiero teraz zaciągnęli się do szeregów Towarzystwa. Stajecie się teraz, kochani Koledzy, członkami Towarzystwa, które odegrało wybitną rolę w rozwoju medycyny polskiej i zapisało się złotemi zgłoskami w tym okresie czasu, kiedy na ziemiach polskich kongresowych pozbawieni byliśmy własnych wyższych uczelni. Mamy nadzieję niepłodną, że, wstąpiwszy do grona Towarzystwa, staniecie się i Wy gorliwemi jego członkami i w myśl § 42 Statutu, wszystkich przyłożycie starań do jego wzrostu i chwały, uczęszczać pilnie będziecie na posiedzenia, udzielać spotrzeżeń, do nauk lekarskich odnoszących się, wzbogacać, o ile można, sztukę, starać się wyjaśnić to, co jeszcze wyjaśnienia i udoskonalenia potrzebuje. My, starsi członkowie Towarzystwa, przyjmujemy Was z radością. Jako symbol tego, Towarzystwo za mojem pośrednictwem wręcza każdemu z Was dyplom, świadczący o przynależności Waszej do naszego grona.

4. Protokół z posiedzenia wyborczego z dn. 7. I. 30 r. odczytany przez kol. J. Trzebińskiego zostaje przyjęty bez poprawek.

5. Kol. Prezes odczytuje tytuły nadesłanych do Towarzystwa prac, oraz oznajmia, iż posiedzenia rozpoczynąć się będą punktualnie o godz. 8-mej (20-ej).

I. Korsak. — Die Finalsehschärfe bei der operierten Cataracta zonularis. Diss. 1915.

I. Korsak. — O dławcu w przebiegu grypy. Odb. 1920.

W. Koskowski i J. Dadlez. — O wpływie wody alkalicznej siarkowej ze źródła „Aleksandry“ w Niemirowie na wydalanie kwasu moczowego z ustroju z uwzględnieniem niektórych jej własności farmakodynamicznych. Odb. 1929.

L. Korzeniowski. — Przypadek uszkodzenia wzgórka wzrokowego Odb. 1926.

E. Bratkowski. — Wydzielanie soku żołądkowego a fermenty tegoż soku w moczu. Odb. 1917.

M. Latkowski. — Kilka uwag o zszywaniu ran postrzałowych. Odb. 1926.

M. Latkowski. — Szew ścięgowy. Odb.

M. Latkowski. — Mało znany sposób przeszczepiania ścięgien. Odb.

M. Latkowski. — O uruchomieniu stawów sztywnych. Odb. 1924.

M. Latkowski. — Ręka sztuczna ruchoma po operacji Krukenberga.

M. Latkowski. — Operacja wytwórcza po odjęciu przedramienia. Odb. 1928.

J. Mackiewicz. — O nakłuciu aspiracyjnym międzyłopodolowem. Odb. 1929.

J. Mackiewicz. — O glejakach. Odb. 1929.

J. May. — Z kazuistyki powikłań przy płonicy. Odb. 1928.

W. Mikulowski. — Contribution à l'étude du mécanisme des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde. Extr. 1929.

W. Mikulowski. — De l'Affinité clinique épidémiologique et prophylactique de la rougeolle et la coqueluche. Extr. 1929.

Nauka Polska r. 1927 tom. VII., r. 1929 tom XI.

J. Piechowska. — Z kazuistyki poliglobulji. Odb. 1928.

J. Piechowska. i H. Puszet. — Spostrzeżenie nad azotemją z brakiem chlorków. Odb. 1929.

J. Piltz. — Klinika Neurologiczna - Psychjatryczna Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Kraków 1929.

K. Piotrowski. — O wartości rozpoznawczej niektórych różniczkowych metod barwienia prątków mastkowych i laseczników gruźliczych w moczu ludzkim. Odb. 1912.

K. Piotrowski. — Trzy przypadki tężca leczone surowicą swoistą z wynikiem pomyślnym. Odb. 1912.

K. Piotrowski. — Przyczynek do zejścia śmiertelnego z powodu wstrząsu anafiltycznego. Odb. 1914.

K. Piotrowski. — W sprawie leczenia płonicy surowicą swoistą. Odb. 1927.

K. Piotrowski. — Przypadek pierwotnego zakażenia prątkami Löfflera dolnych dróg oddechowych. Odb. 1928.

K. Piotrowski. — Dwa przypadki koïncydencji płonicy i tyfusu brzuszego. Odb. 1928.

A. Ryteli i W. Klonowski. — Przypadek duru osutkowego, powikłanego paradurem C. Odb. 1925.

A. Rytel. — Istota podstawowej przemiany materji i sposoby jej określania. Odb. 1929,

S. Sulc. — O t. zw. Standaryzacji czyli poprawianiu współczynników. Warszawa, 1929.

6. Wobec nieprzybycia pierwszego referenta, kol. Krzyżanowskiego, porządek referatów zmieniono.

Kol. M. Semerau-Siemianowski wygłosił odczyt p. t. „Klinika układu siateczkowo-śródbłonkowego” (streszczenie własne).

S.-S. zaznacza na wstępie, że sprawa kliniki układu siateczkowo-śródbłonkowego, jeśli chodzi o próby syntezy, nie jest jeszcze dojrzałą do przedstawienia w gronie lekarskim o charakterze bardziej ogólnym, referent czyni to jednakże na życzenie Prezydium. Przyczyną tej rezerwy jest niedostateczna jeszcze liczba ścisłych badań u łóża chorego oraz niedoskonała dotąd metodyka dla określenia stanu wydolności układu s.-ś w różnych jego odcinkach.

Dlatego też nie można tu mówić o chorobach układu siateczkowo-śródbłonkowego, lecz tylko o stanach chorób ogólniejszych i bardziej umiejscowionych, co do których układ s.-ś. według obecnego stanu wiedzy, zdaje się odgrywać rolę istotną i zdecydowaną.

Omówiwszy następnie w ogólnych zarysach stosowaną w klinice metodykę badania układu s.-ś., S.-S. ustala podział przedstawianych schorzeń, który wynika z uwzględnienia poszczególnych, uznanych powszechnie, właściwości biologicznych układu siateczkowo-śródbłonkowego. Do właściwości tych należy włączyć 1) na gospodarkę lipidów, 2) na gospodarkę białkową, 3) na gospodarkę żelazowo-hemoglobinową i 4) barwików żółciowych, 5) na czynności obronne ustroju i wreszcie 6) na zachowanie się monocytów krwi. Referent kolejno rozpatruje te poszczególne grupy, zastanawiając się przytem głównie nad związkiem tych spraw chorobowych z czynnością układu s.-ś.

W grupie pierwszej (zaburzenia gospodarki lipidowej) mieszczą się choroba Gaucher, choroba Niemann-Pick'a i różne odmiany cholesteatozy. Do następnej grupy zaburzeń w gospodarce białkowej wchodzi jako jedyna dotychczasowa przedstawicielka: skrobaiwica. W trzeciej grupie (zaburzenia w gospodarce żelazo-barwikowej) omawia S.-S. obok stanów wtórnych, jak hemosyderoza, postaci chorobowe, jak hemochromatoza, hemolityczną postać niedokrwistości złośliwej i częściowo także czerwienicę czyli chorobę Vaquez'a. W grupie czwartej (zaburzenia w gospodarce barwików żółciowych) referent poddaje analizie żółtaczkę hemolityczną i jej odmiany, żółtaczkę noworodków i wrodzoną, wreszcie różne sprawy przebiegające z żółtaczką pod wpływem przedrażnienia układu s.-ś., jak żółtaczkę w chorobie Weila i in. W grupie piątej (zaburzenia czynności obronnych ustroju) rozpatruje S.-S. niektóre odczyny ustrojowe pod wpływem pewnych procesów zakaźnych przede wszystkim zaś zwalniającą postać zapalenia wsierdza, jako skutek konstytucjonalnego lub nabytego osłabienia czynności obronnych

wsierdzia i śródbłonek naczyńniowych. Wreszcie w grupie szóstej zajmuje się referent objawowemi i wtórnymi przesunięciami monocytów w różnych schorzeniach oraz samoistnymi objawami przedrażnienia układu s.-s. w sensie białaczki monocytarnej.

Przy końcu swoich wywodów S. S. omawia celowość i kliniczne zastosowanie rozmaitych zabiegów leczniczych, polegających na wzmożeniu napięcia czynnościowego w poszczególnych odcinkach układu s.-ś., a urzeczywistnionych w koloido-terapii, seroterapii, proteinoterapii, aktinoterapii i t. p. innych.

### 7. W dyskusji.

Kol. W. Czarnocki nie zgadza się z niektórymi wyrażeniami prelegenta. Śródbłonek, pokrywających zastawki, nie można nazywać rezerwą ukł. siat.-śr., gdyż nie należą one do tego układu, jak wogóle wszystkie śródbłoneki naczyń. Zapalenie wsierdzia przewlekające jest zależne od porażenia u. s.-śr., co umożliwia osiadanie drobnoustrojów na zastawkach. Prelegent niewątpliwie się pomylił, mówiąc iż w *anaemia perniciosa* jest czynność krwiobójcza szpiku wzmożona; krwinki wszak giną w obrębie śledziony. Powiększanie się zaś śledziony w przebiegu *anaemia perniciosa* występuje nie jako prawidłó, ale jako wyjątek. Żółtaczka w przebiegu zastoju w wątrobie jest żółtaczką na skutek uszkodzenia mechanicznego dróg żółciowych, a nie zmian w ukł. s.-ś. Amyloid w chorobach ostrych nie występuje. Nie należy tłumaczyć szybkiego znikania ze krwi czerwieni Kongo schorzeniem u s.-ś.; należałoby raczej przypuścić, iż czynność magazynowania powinna być w skrobiawicy upośledzona a nie wzmożona.

Kol. Łaskowski stwierdza, iż przyczyną szybkiego znikania czerwieni Kongo ze krwi w przebiegu skrobiawicy jest bardzo dobra barwliwość amyloidu tym barwnikiem. L. sprzeciwia się zmianie nazwy „*endocarditis lenta*” na „zapalenie śródbłonek”; cierpienie to obejmuje bowiem wiele tkanek a nie tylko śródbłoneki. Leczenie przez doodbytnicze wprowadzanie roztworów koloidowych metali nie można uważać za oddziaływanie poprzez u. s.-śr. na ustrój. Zbyt chętnie podciągamy różne zjawiska w związek z u. s. śr.

Kol. E. Siedlecki nie zgadza się z Prelegentem, iż w *endocarditis lenta* mamy do czynienia z pewnym przejawem uszkodzenia siateczki i śródbłoneka nerkowego, W nerkach u. s.-śr. jest mało: *Nephritis haemorrhagica* zaś jest zatorowem zapaleniem nerek.

Kol. Moczański jest zwolennikiem dożylnego stosowania zawiesiny koloidowej metali ciężkich w lecznictwie.

Kol. J. Roguski. Obecność srebra w komórkach u. s.-śr. jest tylko jednym z rozlicznych objawów wpływu wstrzyknięcia srebra koloidowego na ustrój. Nie należy wszystkich objawów klinicznych, spostrzeganych po wstrzyknięciu metali koloidowych wiązać z odkładaniem się tych ciał w u. s.-śr. Słowo „sierdzie” brzmi bardzo podobnie do słowa „wsierdzie”, istnienie dwóch jednakowo brzmiących terminów wywołuje chaos.

Kol. Ł. Paszkievicz wyraża zadowolenie, iż obecnie

z chwilą przystąpienia do Towarzystwa znacznej liczby anatomopatogów, dowolna niekiedy interpretacja pojęć anatomicznych przez klinicystów może nie będzie miała miejsca. Zwraca uwagę za wadliwe wyrażenie: „zapalenie śródbłónków“, „zwyrodnienie włókniste“.

Kol. Orłowski dożylnych wstrzykiwań metali koloidowych obecnie nie stosuje, gdyż doszedł do przekonania, że im energiczniejsze leczenie wymienionymi środkami, tem bywa gorzej dla chorego. Przy podawaniu metali koloidowych *per rectum* podnosi się leukocytoza, co może być uważane za dowód skutecznego działania środka.

Odpowiedź M. S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i e g o (streszczenie własne).

Referent przypomina, że wykład jego częściowo tylko uwydatnia jego własne poglądy, lecz próbował on odzwierciedlić w sprawach kliniki układu s.-ś. poglądy różnych badaczy. Niemniej nie godzi się naogół na wyrażone mu przez mówców dyskusyjnych zastrzeżenia.

Wobec kolegi Czarnockiego zaznacza, że śródbłónki wsierdza, aczkolwiek nie należą do układu s.-ś. w klasycznym ujęciu Aschoffa niemniej według zdania szeregu autorów, ujawniają zarówno biologicznie, jak i doświadczalnie swój udział w odczynach układu s.-ś. Komórki te są zatem w stanie jako siły zapasowe, obronne wykazywać zastępczo wzmożoną czynność i w następstwie tego ulegają zmianom w walce z czynnikami chorobotwórczymi już wtedy, gdy inne części utkrania śródbłónkowego, bardziej wykwalifikowane, uległy przedwczesnemu porażeniu lub też dają dowody wrodzonego wzgl. nabytego upośledzenia. Tak się też sprawa przedstawia w zwalniającem zapaleniu wsierdza, za czem przemawiają cytowane w wykładzie prace H. F r e f e l d, S i e g m u n d a i innych, których istnienia kolega C. zdaje się nie uwzględnia.

Również nie mogę się zgodzić z wywodami kolegi C., jeśli twierdzi, że w niedokrwiłości złośliwej śledziona nie jest powiększona. Referent sam spostrzegał dwa pewne przypadki tego rodzaju, co do piśmiennictwa w tym względzie odsyła ref. oponenta do książki E p p i n g e r'a. Co się tyczy odczynu krwiobójczego w szpiku kostnym w niedokrwiłości złośliwej, był to oczywiście prosty *lapsus linguae*. Natomiast na powiedzenie kol. Czarnockiego, że w cytowanych przez referenta stanach żółtaczk o typie hemolitycznym w różnych ostrych sprawach zakaźnych i toksycznych, nie potrzeba ujmować żółtaczk, jako odczynu układu s.-ś., lecz jako ostre zajęcie dróg żółciowych, S.-Ś. podkreśla, że istnieją kliniczne dowody na czynny udział układu s.-ś. w takich ściśle opisywanych przypadkach (obniżenie odporności krwinek, obecność wyraźnej pośredniej reakcji Hijmans v. den Bergha).

Wobec zastrzeżeń kol. Laskowskiego, że referent ujmuje *endocarditis lenta* jako zapalenie śródbłónków sercowo-naczyniowych, S.-Ś. przytacza dane własne i z piśmiennictwa (spec. M e r k l e n), które wykazują równorzędne, bynajmniej nie wtórne, zajęcie śród-

blonków naczyniowych w t. zw. zwalniającem zapaleniu wsierdzia. Co się tyczy zaś działania przetworów koloidowych srebra wprowadzonych dorektnie, którego wpływ tą drogą na układ s.-ś. L. kwestjonuje, istnieją wszelkie dane po temu, że przejawia się on, podobnie jak przy wprowadzeniu doustnem i poprzez skórę, analogicznie do zastrzyknięcia dożylnego, aczkolwiek wolniej i mniej intensywnie, co w pewnych wypadkach stanowi zaletę tego rodzaju zabiegu leczniczego.

Wobec kol. Siedleckiego co do mechanizmu powstania krwimoczu w *endocarditis lenta*, S.-S. wskazuje na to, że obok dawniejszego poglądu wysuwanego przez oponenta o zatorowem powstawaniu wspomnianego zaburzenia, coraz bardziej zdobywają sobie uznanie nowe koncepcje zwłaszcza francuskich autorów. W myśl tych koncepcji uszkodzenie kłębuszków nerkowych jest wynikiem nie zatorów, lecz zmian śródbłonka, równorzędnych z innemi, podobnemi zmianami w innych śródbłonkach naczyniowych w zwalniającem zapaleniu wsierdzia, które prowadzą do zakrzepów przyściennych i do odpowiednich zaburzeń krążeniowych.

Wobec kol. Roguskiego S.-S. zaznacza, że skoro istnieje słowo „osierdzie“ i „wsierdzie“ niema najmniejszych racji, ani rzeczowych ani językowych, by nie używać słowa „sierdzie“ zamiast dłuższego i mniej ścisłego określenia „mięsień sercowy“.

Wreszcie wobec kol. Moczarskiego, prelegent przestrzega raz jeszcze z naciskiem przed zbyt pochopnem stosowaniem dożylnem przetworów koloidowych metali ciężkich, które w przypadkach *endocarditis subacuta recidivans* mogą być jeszcze względnie tolerowane, natomiast w przypadkach *endocarditis lenta* bardzo często pociągają za sobą znaczne pogorszenie. S.-S. wyraża swe zadowolenie, że ten jego pogląd wyraźnie poparty został w dyskusji autorytatywnem przemówieniem prof. Orłowskiego.

#### 8. Kol. Krzyżanowski przedstawił:

Wyniki nauczania niewidomych anatomji (streszcz. własne).

Nauczanie niewidomych anatomji, jako podstawy nauki masażu miało miejsce w kraju i zagranicą, było jednak stosowane w bardzo małym zakresie. Niewidomi więcej pamięciowo opanowywali przedmiot, nie wykorzystano ich swoistego czucia w palcach w kierunku opanowania anatomji. Postanowiłem przeto zbadać: 1) czy opierając się na czuciu niewidomego w palcach i jego zmyśle orjentacyjnym można go nauczyć anatomji w zakresie programu wydziału lekarskiego, 2) jak prędko niewidomy opanuje przedmiot, 3) jaka różnica istnieje przy uczeniu się ślepych i widzących. Są to zagadnienia, na które nie znalazłem odpowiedzi, ani w naszej literaturze, ani w zagranicznej.

Niewidomi, których przedstawiam pochodzą ze szkoły masażu P. Dr. Biernackiej, Są tam niewidomi od urodzenia, ociemniali w ciągu swego życia, jak również są i widomi.

W toku pracy okazało się:

1) Ślepi bardzo dobrze orjentują się na preparatach prosektoryjnych; (pracowali w prosektorjum anatomji prawidłowej prof. Lotha).

2) Źle zaś orjentują się na mulażach, nawet bardzo dobrze wykonanych.

3) Anatomiczne szczegóły topograficzne na preparatach oraz plastyczne na sobie i na innych, prędko opanowują.

4) Opanowawszy szczegóły topograficznie i plastycznie, utrzymują w pamięci lepiej, niż widzący i nie mylą się przy zamianie preparatów identycznych.

5) Na wykładach uważają z większym skupieniem, niż widzący, lecz prędzej się męczą, tak, że ponad godzinę niepodobna uwagi ich zająć wykładem, przy pokazach dobrze pracują dwie godziny i więcej.

6) Wykład musi być odpowiednio opracowany w kierunku topograficznym i w kierunku uwydatnienia plastycznego preparatu.

7) Korzystne jest mieszane audytorjum, niewidomi pokazują widomym i odwrotnie; wskutek tego jedni i drudzy korzystają. Ten, kto widzi posługuje się ogólnym zarysem i prędzej ujmuje; niewidomi zaś potrzebują więcej szczegółów i uzupełniają wiedzę widzących.

Niewidomi, których przedstawiam, przeszli w ciągu niespełna 4-ech miesięcy kurs I-szego roku medycyny, w mało odpowiednich warunkach, przy braku podręczników. Niektórzy z nich sami na siebie zarabiają, a niektórzy znajdują się nawet w wyjątkowej nędzy.

Kol. W. Orłowski w dyskusji przytacza znany sobie przypadek pewnego ociemniałego, który wykładał anatomję innym ociemniałym.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

z dnia 4 lutego 1930 r.

Początek o godz. 8-ej punktualnie.

Obecnych członków Tow. 46, gości 32.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21 stycznia 1930 r. przyjęto bez zmian.

2. Kol. W. Czarnocki przedstawił:  
preparaty makro i mikroskopowe z przypadku ostrego zaniku wątroby (streszczenie własne).

Wątroba, którą przedstawiam, pochodzi od 22 letniego mężczyzny. Choroba, według słów zmarłego, rozpoczęła się nagłemi dreszczami w dn. 23/XII/29. Po kilku dniach pojawiły się: bóle brzucha, zwłaszcza w nadbrzuszu po obu stronach; powiększenie brzucha i obrzęk kończyn dolnych.

Klinicznie w dniu przyjęcia I/I stwierdzono puchlinę brzuszna rozszerzenie naczyń żylnych na przedniej ścianie brzucha i klatki piersiowej, znaczne obrzęki dolnej połowy ciała.

3.I. cięciem chirurgicznym wypuszczono 6 litrów płynu jasno-żółtego, surowiczego.

Ciepłota ciała — podgorączkowa do 37,4 C, parę ostatnich dni normalna. Obrzęki po zabiegu operacyjnym ustąpiły.

Początkowo zabarwienie żółtaczkowe białkówki oczu, w końcu pobytu na oddziale stan podżółtaczkowy.

Przez cały czas pobytu, chory jakby lekko zamroczony, wybitne pogorszenie świadomości 9. I. Śmierć 11. I.

Rozpoznanie kliniczne wahało się między sprawą zakrzepową w żyłę wrotnej a ostrym żółtym zanikiem wątroby.

Sekcyjne stwierdzono:

1) Miernego stopnia skazę krwiotoczną w postaci wybroczinek podopłucnych i przeobrażonej krwi w zawartości żołądka.

2) Nieżyt przewlekły całego przewodu pokarmowego, w śluzówce żołądka i jelit wyraźnie szaro-łupkowe zabarwienie po przebytach wylewach krwawych.

3) Puchlinę brzuszna

4) Podostre obrzmienie śledziony (410 gr.).

5) Największe zmiany dotyczyły wątroby. Ważyła ona 830 gr. i w całości uległa znacznemu zmniejszeniu. Płat prawy o brzegu przednio-dolnym, jakby stocznym, płat lewy stanowił niewielki dodatek do płata prawego, gdyż on przedewszystkiem uległ zmniejszeniu. Powierzchnia płata prawego jest nierówna, guzowata. W odcinkach tylnych widoczne są zapadnięte czerwone ogniska. Na przekroju: płat lewy i przylegający do więzadła wieszadłowego odcinki prawego płata są czerwono-szare, zupełnie pozbawione zwykłego rysunku. Pozostała część płata prawego jest podzielona na szereg pólek różnej wielkości, przeważnie okrągłych lub owalnych. Półka te sterczą ponad przekrój i są zabarwione szafranowo.

Badanie mikroskopowe skrawków wykazuje w płacie lewym zupełny brak utkania, właściwego wątrobie; natomiast olbrzymią ilość kanalików rzekomych, znaczną ilość naczyń krwionośnych poroszerzanych i wypełnionych krwią, liczne nacieki limfocytowe, opadniętą sieć włókien kratkowych.

W płacie prawym — miąższ wątroby jest względnie dobrze zachowany, grupy zrazików są otoczone pasemkami tkankolącznowymi, w których znajdują się obficie limfocyty. Znaczny zastój żółci.

Zestawiając powyższy wynik badania z danymi klinicznymi należy przypuścić, że puchlina była spowodowana marskością, powiększyła się ona wskutek dołączającego się ostrego zaniku wątroby, który w danym przypadku doprowadził do zejścia śmiertelnego.

3. Kol. Tomasz Wiśniewski przedstawił:

2 przypadki znacznych zniekształceń kończyn pochodzenia krzywiczego, leczonych drogą konserwatywno-ortopedyczną (streszcz. wł.).

Jakkolwiek większość wykrzywień krzywiczych kończyn leczy się bądź sama przez się, bądź też przy leczeniu tylko krzywicy, to jednak nigdy nie jesteśmy w stanie przewidzieć, kiedy nastąpi wyrównanie wykrzywień bez naszej pomocy, a kiedy się one utrwalą. Utrwalone zaś wykrzywienia możemy prostować tylko przez odpowiednie przecięcie kości, zabieg łatwy, ale co do wyniku nie zawsze pewny, gdyż, jak wiadomo, w pewnym odsetku otrzymujemy opóźnienie zrostu kostnego, a czasami nawet, chociaż bardzo rzadko, jego brak t. j. staw rzekomy.

Dlatego, kiedym dowiedział się, że Kahl i inni stosowali parokrotnie z pomyślnym wynikiem prostowanie kończyn po uprzednim ich odwapnieniu i rozmięczeniu, spróbowałem tego postępowania u tych dwóch dziewczynek.

Przypadek I. Jadzia R, liczy 4 lata i 10 miesięcy, zaczęła chodzić w 13 miesiącu życia, w krótkie jednak przestała i od 3-ich lat nie chodziła. Warunki życia ciężkie. Leczona dorywczo, dostawała tylko tran. Z wywiadów wiemy tylko, że od trzech lat nie chodzi. Psychicznie dziecko dobrze rozwinięte; fizycznie: głowa duża, klatka piersiowa szeroka, tułów krótki, kończyny powykrywane do tego stopnia, że chora stanąć nawet na nóżkach nie może, i aby dziecko sfotografować, trzeba było je zawiesić na rękach. Zdjęcia rentgenowskie wykazują bardzo znaczne odwapnienie; rozdęcie nasad i liczne złamania kończyn dolnych i górnych. W tak ciężkim przypadku *osteoporosis rachiticae*, leczenie przeciwkrzywiczne mogłoby tylko utrwalić wykrzywienia, nie miałem zaś ochoty prostować wykrzywienia zapomocą przecięcia kości ze względu na stan układu kostnego. Pomimo więc tak ciężkie zmiany, postanowiłem najpierw przez odpowiednią dietę i leżenie wywołać rozmięczenie kości a dopiero potem je prostować. Postępowałem w myśl przepisów, jakie poznałem u Kahla: dieta bezjarzynowa, bezsolna lub małosolna, mięsna chuda. Do wewnątrz dla zwiększenia zakwaszenia ustroju podałem *ammonium chloratum* 0,2 na kilo wagi pro die, na obie dolne kończyny założyłem opaskę elastyczną dla zlokalizowania zakwaszającego działania. Takie postępowanie trwało 3 tygodnie. W sierpniu pierwsza próba prostowania na klinie i w osteokłaście: wygięcia mało się poddają. Nałożono opatrunek gipsowy i dalej postępowanie poprzednie przez 2 tygodnie. Teraz gips zdjęto w uspieniu, prostowanie udaje się już łatwiej, kość rzeczywiście poddaje się, chociaż jeszcze nie gnie się jak guma, o czym mówi Kahl. Po 3-ich tygodniach 3-cie prostowanie, teraz już zupełne, oprócz pewnego wygięcia grzebienia kości piszczelowej ku przodowi. Ostatni gips i usilne leczenie przeciw krzywice: dieta, naświetlenia lampą kwarcową i t. p. wreszcie kąpiele i mięsienia. Zdjęcia rentgenowskie wykazują już lepsze uwapnienia. Wprawdzie chora zaczęła chodzić dopiero w pół roku od rozpoczęcia leczenia, ale należy wziąć pod uwagę specjalnie ciężką postać cierpienia i fakt, że przez 3 lata dziew-

czynka wogóle nie chodziła. Obecnie chodzi ona swobodnie, kończyny dolne może nie są proste, ale czynność swą wykonują dobrze i oczu nie rażą.

Il przypadek dotyczy dziewczynki 5-cio letniej, Honorci S., znajdującej się również w ciężkich warunkach życiowych. Nóżki jej zaczęły się krzywić w 3-cim roku życia, i jakoby krzywιά się coraz bardziej. Przy przyjęciu do Szpitala stwierdzono wykrzywienie obu goleni, prawej nieco mniejsze, lewej bardzo duże, głównie w obwodowej  $\frac{1}{3}$  części; esowate skrzywienie kręgosłupa. Stan ogólny stosunkowo niezły. Zdjęcia rentgenowskie kończyn dolnych wykazują brak złamań, zgrubienie nasad znaczne, rozszerzenie kości umiarkowane. I tu zastosowałem djety prokrzywiczną, *ammonium chloratum* i opaskę Esmarcha — przez 3 tygodnie. Przy pierwszej próbie prostowania, kości prawie zupełnie się nie poddały, wobec czego opatrunek założyłem gipsowy i zastosowałem dalszy ciąg djety prokrzywicznej. Po 2-ch tygodniach drugie prostowanie, i wtedy prawą goleń udało mi się zupełnie wyprostować, chociaż wykonano przy tem złamanie podokostne, lewa kończyna została niepodatna, więc założyłem gipsowy opatrunek jeszcze na 2 tygodnie. Przy trzecim prostowaniu prawa goleń prosta, lewa poddała się łatwiej, ale i tu wykonano złamanie obu kości, jak wykazał Rentgen, jednak bez przemieszczeń. Założono ostatni gipsowy opatrunek i zastosowano już intensywne leczenie przeciw krzywicz. Podkreślić należy, że w jednym i drugim przypadku, pomimo djety i postępowania prokrzywicznego, dzieci czuły się dobrze i przybierały na wadze. Nic w tem jednak niema dziwnego, gdyż warunki pobytu szpitalnego, pomimo naszych przeciwnych starań, były dużo lepsze, niż domowe.

Obecnie Honorcia zaczęła chodzić i zdaje się z nówek być zadowoloną.

Sposób ten, jak go nazwałem konserwatywno-ortopedyczny, leczenia wykrzywienia kończyn można tylko zalecić, gdyż jakkolwiek dosyć długo ono trwa, to jednak nie mamy żadnych obaw co do wytworzenia się stawu wrzekomego, lub opóźnienia wzrostu, jak to po przecięciu kości a rozmiękczenie kości rzeczywiście ma miejsce. Wskazania do takiego leczenia ogranicza jednak wiek, gdyż powyżej 5-ciu lat rozmiękczenie nie udaje się.

4. Kol. Prez s odczytał tytuły nadesłanych prac.

Do Biblioteki T-wa wpłynęły następujące prace:

Barański R. i Gumiński W. — Z kliniki ropnia pozagardłowego. Odb. 1928.

R. Barański. — Przyczynek do badań nad cholesteryną u dzieci. 1924.

R. Barański. — Nowe poglądy na leczenie dyspepsji u dzieci. Odb. 1925.

R. Barański. — Przypadek duru brzuszego u niemowlęcia 10-miesięcznego Odb 1925.

R. Barański. — O ilościowym głodzeniu niemowląt. Odb. 1926.

R. Barański. — O systematykach zaburzeń w odżywianiu u niemowląt. Odb. 1926.

R. Barański. — Przypadek posocznioropnicy gronkowcowej z przerzutami do płuc, skóry i żuchwy u oseska 5-miesięcznego. Odb. 1926.

R. Barański. — Contribution à l'étude de la cholestériémie chez les enfants. Extrait. 1926.

R. Barański. — Dwa dalsze przypadki posocznioropnicy gronkowcowej. Odb. 1927.

R. Barański. — Dietetyczne leczenie dystrofii u dzieci do lat dwóch. Odb. 1928.

R. Barański. — W sprawie wrodzonej żółtaczkii hemolitycznej. Odb. 1923.

Barański i Kolago. — Próba szukania prątka gruźliczego z uwzględnieniem postaci przesączalnych w płynach mózgowo-rdzeniowych u dzieci z gruźlicą płuc. Odb. 1927.

Barański i Kolago. — Dwa przypadki niemenigokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Odb. 1927.

Barański et Brokman. — Etude sur la pseudo réaction diphterétique. Extr. 1926.

Barański i Brokman. — Badania nad odpornością przeciwbłoniczą. Odb. 1924.

Barański i Brokman. — Badania nad odpornością przeciwbłoniczą. Odb. 1923.

Barański i Bussel. — Kilka uwag o chorobie Tay-Sachs'a. Odb. 1925.

Barański i Bussel. — Przyczynek do analizy odczynu wodnego skórnoego. Odb. 1929.

Barański i Bussel. — Przyczynek do badań nad nowasurolem u dzieci. Odb. 1927.

Barański i Popowski. — Wpływ żelaza podawanego per os na gospodarkę wodną. Odb. 1925.

Barański i Popowski. — Przyczynek do badań nad przemianą wodną u normalnego niemowlęcia. Odb. 1925.

Barański i Popowski. — O właściwościach krzywej cukru w krzywicy. Odb. 1924.

Barański i Marjanko-Lewenfiszowa. — Przyczynek do działania efetoniny. Odb. 1929.

E. Bratkowski. — W sprawie przemiany azotu i wody w żółtaczce. Odb. 1925.

E. Bratkowski. — W sprawie leczenia swoistego posocznia. Odb. 1927.

Dąbrowski K., Sobocińska W. i Piasecki J. — O wyrwaniu nerwu przeponowego w gruźlicy płuc i rozstrzeni oskrzeli. Odb. 1929.

K. Dobrowolski. — Przypadek zespołu Adamsa-Stokesa na tle zaburzeń przewodnictwa mięśnia sercowego. Odb. 1928.

H. Higier. — Nowotwory mózgu i rdzenia a naświetlanie promieniami Roentgena Odb. 1928.

H. Higier. — Wrodzone i we wczesnem dzieciństwie nabyte stany otępienia umysłowego oraz klasyfikacja ich. Odb. 1929.

H. Higier. — Zadania pracy eugenicznej w warunkach bytowania mas żydowskich Odb. 1928.

H. Higier. — Röntgentherapie im Bereiche der Gehirn-und Rückenmarkstumoren. Odb. 1929.

Wiadomości Statystyczne r. 1930 zesz. I.

J. Zaorski, J. Czarnecki, M. Piasecki i St. Trojanowski. — Cieniowanie woreczka żółciowego. Odb. 1927.

M. Zandowa i J. Mackiewicz. — Brodawczak złośliwy spłotu naczyniowego. Odb. 1928.

K. Zgórski. — Higiena, Lwów. 1930.

H. Znajewska. — Przyczynek do patogenazy ostrej białaczki limfatycznej. Odb.

H. Znajewska. — W sprawie próbnego śniadania Ehrmanna. Odb. 1928.

E. Żebrowski, B. Stradomski, E. Bratkowski, M. Koreywo, i J. Fegler. — Próba sprawności zawiązków leukocytowych szpiku kostnego. Odb. 1927.

E. Żebrowski i E. Bratkowski. — Wpływ wody druskiennickiej „Nasza“ na wydzielanie soku żołądkowego Odb. 1912.

Przegląd Sportowo Lekarski. — Kwartalnik R. I Nr. 1 i 2.

Robolsky u. Knud Hafting. — Kleines Taschenwörterbuch der Deutsch-Dänischen u. Dänisch-Deutschen Sprache. Berlin.

Feller F. E. — Nouveau Dictionnaire de Poche français et allemand. Vol. I. Leipzig.

Van Goors. — Dictionnaire français miniature Français, néerlandais et Néerlandais-français. Gouda.

Woronoff. — Le Greffe testiculaire du Singe à l'Homme. Paris. 1930.

Poczem Prezes złożył życzenia kol. Ludwikowi Zembruskiemu z powodu otrzymania przezeń tytułu docenta.

W odpowiedzi kol. L. Zembruski składa podziękowanie.

5. Kol. L. Karwacki wygłosił odczyt p. t.

„Saproficzne prątki gruźlicze w związku z zagadnieniami szczepień ochronnych i bakterjoterapii gruźlicy“ (streszczenie własne).

Za pomocą odpowiedniej techniki hodowania można przeprowadzić prątki gruźlicze w typ, zbliżony do rzekomo gruźliczych, to znaczy typ, rosnący na zwykłych podłożach laboratoryjnych w ciepłocie niżej 30° i pozbawiony swoistej chorobotwórczości dla świnek. Prelegent zdał sprawę ze swych paroletnich doświadczeń nad hodowaniem prątków gruźliczych na podłożach z żółcią. Wy-

niki, otrzymane przez niego. różnią się pod wielu względami od twierdzeń Calmette'a i Guérin'a.

W końcowej części przemówienia Karwacki zwraca uwagę na konsekwencje saprofityzmu gruźliczego w dziedzinie djagnostyki bakterjologicznej i w dziedzinie szczepień ochronnych przeciw gruźlicy swoistej: żywe hodowle prątków gruźliczych - saprofitów, zastrzyknięte chorym na gruźlicę dają słabsze odczyny miejscowe i ogólne, niż rozcieńczona tuberkulina. Szczepionka ta nadaje się przeto do prób bakterjoterapii swoistej w gruźlicy.

6. W dyskusji zabrał głos: kol. Zdz. Michalski. (Streszczenie własne).

Stanowisko kol. Karwackiego co do poszukiwań szczepionki opornościowej przeciwgruźliczej jest stanowiskiem bakterjologa, a nie klinicysty, gdyż prelegent nie bierze pod uwagę drogi wprowadzenia szczepionki.

Z punktu widzenia immunologii nie tyle jakość szczepu, ile sposób wprowadzenia szczepionki do ustroju uodpornianego (resp. leczonego) winien odgrywać rolę w wytwarzaniu ciał odpornościowych i tego nas uczą obserwacje kliniczne nad dodatnim wpływem wtórnych ognisk gruźliczych w gruczołach chłonnych, przyjądrzach i t. p. na przebieg gruźlicy płucnej.

Z tego punktu widzenia w szczepieniach ochronnych Calmette'a — droga wprowadzenia szczepionki doustnie — jest niewątpliwie drogą najgorszą. Obecnie i sam Calmette przyznaje, iż najlepsze wyniki u bydła rogatego otrzymano drogą szczepień (B. C. G.) podskórnych, i wyniki te są o wiele lepsze, niż drogą szczepień doustnych.

Michalski przypuszcza, iż powstanie miejscowego ropnia jest rzeczą dużej wagi przy pobudzeniu ustroju do wytwarzania ciał odpornościowych, co jego własne doświadczenia, przedstawione w Towarzystwie jesienią r. u., zdają się potwierdzać.

Co się tyczy szybkiego przygotowania szczepionki o cechach małej jadowitości, to najkrótszą drogę stosują Japończycy w przygotowaniu swej szczepionki AO, otrzymywanej drogą hodowli złośliwych prątków gruźliczych na podłożach z dodatkiem pewnych saponin, co powoduje usunięcie złośliwych cech danego szczepu gruźliczego i to w stosunku do zwierząt wrażliwych na gruźlicę.

Żałować należy, iż polskie oficjalne badania nad szczepieniami ochronnymi dzieci przeciw gruźlicy oparte są wyłącznie na badaniach nad szczepionką B. C. G. i pominięta została zupełnie, niewątpliwie lepsza, szczepionka japońska AO, oparta dziś już na bardzo wielkim materiale doświadczalnym, gdyż dotycząca spostrzeżeń nad 40-tysiącami dzieci w Japonii.

7. Kol. L. Karwacki w odpowiedzi zaznacza, iż nie ujmował sprawy ze stanowiska bakterjologa; interesuje go bowiem również odczyn ogólny i miejscowy ustroju po szczepieniu. Prelegent nie widzi wyraźnego związku pomiędzy przemówieniem kol. Michalskiego a swoim odczytem.

8. Kol. J. Węgierko wygłosił odczyt p. t.

„Wpływ białka i tłuszczu na krzywą glikemiczną po podaniu cukru gronowego u chorych na cukrzycę”. (Streszczenie własne).

Prelegent podawał doustnie chorym na cukrzycę w porządku kolejnym, w odstępach trzydniowych, cukier gronowy w ilości 50 gr., 50 gr. masła i 50 gr. białka ściętego jaja kurzego. Badał zachowanie się cukru we krwi u tych chorych w przeciągu 4-ch godzin po podaniu wyżej wspomnianych pokarmów. Wreszcie badał zachowanie się cukru we krwi po podaniu równoczesnem 50 gr. cukru gronowego i 50 gr. masła, oraz po podaniu równoczesnem 50 gr. cukru gronowego i 50 gr. białka ściętego jaja kurzego. Okazało się, że zarówno masło, jak i białko jaja kurzego wyraźnie wzmagają hiperglikemję po cukrze gronowym, aczkolwiek podanie samego masła nie wywiera żadnego wpływu na poziom cukru we krwi, a białko wywiera wpływ tylko nieznaczny. Należy dodać, że według prelegenta wzmaganie się hiperglikemji po cukrze gronowym, dzięki równoczesnemu podaniu białka lub tłuszczu, występuje najprawdopodobniej z powodu cukrobodźczego a nie cukrotwórczego działania białka i tłuszczu. Badania powyższe posiadają wybitne znaczenie praktyczne, dowodzą bowiem, że im więcej podaje się wraz z cukrem ciepłostek, tem gorsze jest zużytkowanie podanego cukru. Wprowadzając do ustroju mniejszą ogólną ilość ciepłostek, wzmagamy tem samem tolerancję względem wprowadzonych równocześnie węglowodanów.

9. Na tem posiedzenie zamknięto o godz. 9 m. 37.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz Doroczny: *Jan Roguski.*

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 11 lutego 1930 r.**

Początek o godz. 8-ej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa 48, gości 50.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 4 lutego r. b. zatwierdzono bez zmian.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły nadesłanych do Towarzystwa prac.

1) Dziesięciolecie Wojskowej Służby Zdrowia 1918—1929—1929.

2) Wydawnictwa Komisji rozpowszechniania wskazań zdrowotnych zarządu m. st. Warszawy 1917 L.

3) Do przyjaciół książki 1930.

4) Związek księgarzy polskich. Sprawozdanie z działalności w r. 1929.

5) Sprawozdanie z działalności Ogrodów im. W. E. Raua za rok 1915.

6) Posiedzenie nadzwyczajne Sekcji Balneo-Klimatycznej Warszawskiego T-wa Higienicznego w d. 20 Października 1910 r. z powodu i w sprawie Zjazdu Przemysłowo - Balneologicznego w dniach 29, 30 i 31 Października 1910 r. we Lwowie.

7) Do akuszerki o walce z rakiem macicy uwag kilka. 1912.

8) Odezwa do młodych matek.

9) II Sjezd Vseslovanskeho Lekarskeho Svazu v Praze 25—28.V. 1928.

10) B i r s o w s k i. Stare w położnictwie w szacie odnowionej. 1930.

11) B o g u s ł a w s k i. Przyczynek do klinicznych objawów powikłań ze strony rdzenia przy ziarniaku złośliwym. 1929.

12) B o r n s z t a j n. O stanach lękowych w świetle psychoanalizy. 1929.

13) G r z y w o - D ą b r o w s k i. Uwagi lekarza sądowego do projektu kodeksu karnego. 1930.

14) G r z y w o - D ą b r o w s k i. Z sali sądowej. 1929.

15) H e r m a n. Z kliniki i anatomji nowotworów złośliwych kręgów lędźwowych i krzyżowych. 1929.

16) J a w o r s k i. O stronie higieniczno-lekarskiej Międzynarodowej Wystawy Powszechnej w Liège.

17) J a w o r s k i. Pomorze Gdańskie pod względem leczniczym. 1919.

18) J a w o r s k i. Zjazd w sprawie higieny miasteczek i wsi 21—23. IX. 1918.

19) J a w o r s k i. Motywy do projektu Ustawy o Izbach Lekarskich w Państwie Polskiem. 1918.

20) J a w o r s k i. Najpilniejsze potrzeby w dobie bieżącej Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. 1915.

21) J a w o r s k i. W sprawie Komisji Przemysłowo-Lekarskiej oraz pracowni przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w Warszawie. 1908.

22) J a w o r s k i. Projekt prawa sanitarnego o zdrojowiskach i uzdrowiskach. 1917.

23) J a w o r s k i. Hygiena a Wojna. 1914.

24) J a w o r s k i. Pracownia bakteryologiczna i Dom izolacyjno-dezynfekcyjny. 1915.

25) J a w o r s k i. Najstarszy w Europie zakład dla chorych na raka. 1908.

26) J a w o r s k i. Ochrona i ubezpieczenie macierzyństwa 1908.

27) J a w o r s k i. Gospodarka finansowa zarządów miejskich w Królestwie polskiem z wyłączeniem Warszawy. 1908.

28) J a w o r s k i. Najpilniejsze potrzeby uzdrowisk polskich a Ciechocinka w szczególności. 1908.

29) J a w o r s k i. O wycieczce do uzdrowisk zagranicznych, głównie francuskich.

30) J a w o r s k i. Zdrojowiska i uzdrowiska Rabka, Zakopane, Szczawnica, Żegiestów, Krynica. 1908.

31) J a w o r s k i. O sekcje Maryawitów, ze stanowiska higieny społecznej. 1906.

J u b i l e u s z o w y k a l e n d a r z „Nowin Lekarskich“ na rok 1929. Poznań 1929.

K a l e n d a r z L e k a r s k i W a r s z a w s k i e g o C z a s o p i s m a L e k a r s k i e g o. Cz. I i II 1925 Warszawa.

W a r s z a w s k i K a l e n d a r z L e k a r s k i w r. 1926, 1927, 1928, 1929. Warszawa.

P r z e g l ą d L e k a r s k i M i e s i ę c z n i k R. I. N. I. Warszawa.

3. K o l. L. B l a c h e r wygłosił odczyt p. t.

„O wartości dla kliniki określenia liczby płytek we krwi oraz wskaźnika płytkowego Allard'a“ (streszczenie własne).

Badania nad zachowaniem się płytek oraz wskaźnika płytkowego Allard'a przeprowadzałem w II Klinice Chorób Wewnętrznych w 84 przypadkach niedokrwistości złośliwej Biermera, w 17 przyp. niedokrwistości objawowej, 6 ziarnicy złośliwej, 4 białaczki szpikowej, 3 białaczki limfatycznej, 5 małopłytkości samoistnej, 7 chorób wątroby, 20 chorych z ostreymi chorobami zakaźnymi i 8 ludzi zdrowych. Obserwacje wyżej wymienionych chorych trwały od 10 dni do przeszło 3-ch miesięcy. Jednocześnie z płytkami i wskaźnikiem płytkowym, badałem zachowanie się innych składników morfotycznych krwi dla określenia wzajemnych ich zależności.

W przypadkach niedokrwistości złośliwej Biermera, stwierdziłem małopłytkowość. w niektórych przypadkach nawet znacznego stopnia; pomimo znacznej małopłytkowości objawy skazy krwiotocznej nie występowały. W miarę poprawy stanu chorobowego i zbliżenia się składu morfologicznego krwi do normy, krzywa płytkowa zaczynała się podnosić wyraźniej i wcześniej, niż krzywa czerwonych i białych krwinek oraz hemoglobiny, a krzywa wskaźnika płytkowego przebiegała przeważnie równo ległe do krzywej płytkowej. Tylko w ciężkich przypadkach niedokrwistości zł., a szczególnie w czasie przedśmiertelnym, wskaźnik płytkowy znacznie przekraczał normę. Małopłytkowość więc jest jedną z cech najbardziej charakterystycznych dla niedokrw. Biermera. W 18 przyp. niedokrwistości złośliwej wtórnej nie stwierdziłem małopłytkowości, odwrotnie nawet mogłem stwierdzić względną nadopłytkowość, a wskaźnik płytkowy przekraczał zwykle normy i dochodził do wysokich wartości liczbowych w przeciwieństwie do wskaźnika płytkowego przy niedokrw. złośliwej Biermera, gdzie przeważnie był niski.

W przypadkach białaczki limfatycznej i szpikowej, liczby płytek były niskie, większą małopłytkowością odznaczały się bia-

łaczki limfatyczne, wskaźnik płytkowy we wszystkich tych przypadkach był niski. Pod wpływem naświetlania śledziony prom. Rentgena w postrzeganych przypadkach białaczki liczba płytek systematycznie i stale się powiększała.

Zmniejszenie się liczbowe płytek pod wpływem naświetlania prom. Rentgena spostrzegłem w 2 przyp. z nadpłytkowością u chorych z cierpieniami wątroby, które przebiegały z wybitną żółtaczką i przedłużonym czasem krwawienia. Pozatem stwierdziłem, że w miarę ustępowania nieprawidłowych stanów innych morfologicznych składników krwi, systematycznie ustępowała, znaczna z tych przypadkach, nadpłytkowość.

W 5 przyp. małopłytkowości samoistnej na pierwszy plan występowały objawy skazy krwiotocznej; czas krwawienia doświadczalnego we wszystkich przypadkach był przedłużony w znacznym stopniu, a liczba płytek wahała się między 37.000 — 60.000, wskaźnik płytkowy 0,1 do 0,5. Podczas obserwacji tych przypadków, zależności pomiędzy czasem krwawienia a liczbą płytek nie można było wykazać.

W 6 przyp. ziarnicy złośliwej liczba płytek była niska, a wskaźnik płytkowy nie przekraczał 0,2; pozatem tej wybitnej małopłytkowości nie towarzyszyły objawy skazy krwiotocznej.

Zbierając wyniki badań nad płytkami krwi oraz wskaźnikiem płytkowym, dochodzę do wniosku, że badanie liczby płytek we krwi i wskaźnika płytkowego ma znaczenie zwłaszcza w niedokrwistości złośliwej samoistnej i wtórnej, oraz w ciężkich niedokrwistościach wogóle. Zachowanie się płytek w tych stanach może być pomocne dla ich różnicowania rozpoznawczego oraz pod względem rokowania. Ponadto wynika, iż małopłytkowości nie musi towarzyszyć bezwzględnie skaza krwiotoczna, liczba bowiem płytek nie stoi w matematycznej równoległości ani do stopnia, ani do samego zaburzenia czasu krwawienia. Wreszcie, na uwagę zasługuje odmienne zachowanie się płytek we krwi po wstrzyknięciu podskórnym lcm. adrenaliny w małopłytkowości samoistnej i w ziarnicy złośliwej.

4. Kol. Wł. Filiński wygłosił referat p. t.

„Klinika niedomogi serca“, (streszczenie własne).

Niewydolne serce ulega rozszerzeniu. Zdrowe włókna mięśniowe przy rozszerzeniu serca przejawiają większą siłą skurczową, (sprężyna okazuje tem większą siłę, im mocniej jest naciągnięta), wówczas mamy t. zw. rozszerzenie czynne. Rozszerzenie serca zwiększa jego pracę, bo powierzchnia, przeciwstawiająca się ciśnieniu krwi, jest większa. Serce zmienione chorobowo może już nie wydołać zadaniu i wtedy będziemy mieć do czynienia z rozszerzeniem biernym. Zadanie swoje serce wykonywać będzie teraz małemi skurczami, a zato musi je robić często. Częstoskurcz jest więc drugim objawem niedomogi serca.

Częste a powierzchowne oddychanie nie jest wynikiem nagromadzenia się bezwodnika węglowego we krwi, ale jest ono skutkiem ustawienia klatki piersiowej w stałym położeniu wdechowem, które zwiększa w niej ujemnie ciśnienie i ułatwia napętnia-

nie serca w okresie rozkurczu. Pomagając pracy serca, chory oddycha powierzchownie, ale zato często, aby pokryć zapotrzebowanie tlenu, które w zaburzeniach krążenia jest większe, niż u zdrowych. Pochodzi ono ze zmniejszonej resyntezy glikogenu z kwasu mlekowego, który teraz spala się w większej ilości.

Powyższe objawy są wyrazem niedomogi całego serca, kiedy zaś sprawa chorobowa umiejscowi się w jednej połowie lub gdy przeszkody staną przed jedną tylko komorą, wówczas zjawiają się zastoje krwi.

Niedomoga prawej komory powoduje zastój w żyłach krwi obiegu dużego, sinica jest wynikiem zastój i spowodowana jest rozszerzeniem spłotu naczyniowego w podbrodawkowej warstwie skóry. Sina barwa zależy od interferencji światła: żyły, pokryte cienką skórą, mają barwę siną wskutek tego samego zjawiska. Obrzęki zależą od zastój żylnego, a mianowicie od wzrostu ciśnienia w naczyniach włosowatych przedżylnych. Uspasabiającym czynnikiem dla powstania obrzęków jest zwiększenie się ilości globulin w osoczu krwi, które gorzej pęcznieją, a więc słabiej utrzymują wodę, niż albumina — stąd część jej ucieka do tkanek, jeżeli nerki zastoinowe nie zdążą jej wydalić. Zmiana w stosunku ciał białkowych uzależniona jest od obecności kwasu mlekowego, nagromadzonego w ustroju przy zaburzeniach krążenia.

Zastój płucno-opłucnowy w niedomodze komory prawej zależy tylko częściowo od krwiobiegu małego. Kiedy komora prawa słabnie, to ciśnienie w nim ulega nawet zmniejszeniu, lecz zato powstaje zastój w żyłach oskrzelowych t. zn. w żyłach krążenia dużego.

Kiedy zacznie niedomagać komora lewa, wówczas zastój krwi tworzy się przed nią, a więc w małym krwiobiegu, ponieważ zaś komora prawa tłoczy dobrze, wobec tego przekrwienie płuc prowadzić może do obrzęku płuc.

Drugim objawem niedomogi komory lewej jest *asthma cardiale*, wywołana odruchem z przekrwionych płuc. Nocne napady tłumaczą się nagromadzeniem bezwodnika węglowego we krwi i w tkankach wskutek zmniejszonej pobudliwości ośrodka oddechowego we śnie.

Trzecim objawem jest *angina pectoris*. Ból zależy od ostrego rozszerzenia się serca. Objaw ten nazywają dusznicą bolesną od zastój (*angine de decubitus*), gdyż zjawia się on przy zupełnym spokoju chorego. Spostrzegamy jednak drugi rodzaj dusznicę bolesnej, tylko przy wysiłkach (*angine d'effort*), w której ciśnienie krwi się podnosi a serce nie ulega rozszerzeniu i dlatego tę postać nie uzależniano od niedomogi komory lewej. Dusznicą bolesną wysiłkową jest również wynikiem niedomogi serca lewego, wskutek niedostatecznego odżywiania mięśnia przy wysiłkach. Zmienione naczynia wieńcowe nie pozwalają na wzmożenie ukrwienia mocno pracującego mięśnia i nieusunięte produkty przemiany materii działają drażniaco na nerwy czuciowe. W ten sposób też powstaje i *dolor ischaemicus* w kończynie przy *endarteriitis obliterans* (chropanie przestankowe). Wzrost ciśnienia krwi tłumaczy się odruchowym

nasileniem pracy serca, które chciałoby dostarczyć sobie samemu należytą ilość krwi. Wobec przeszkody w krążeniu wieńcowem, wysilek ten może się okazać daremny, zatrucie mocno pracującego mięśnia stanie się jeszcze większe i wreszcie następuje utrata kurczliwości. Dusznica bolesna może być również spowodowana kurczem naczyń wieńcowych i mechanizm jej będzie taki sam, jak w miażdżycy.

5. W d y s k u s j i zabierali głos koledzy: Jochweds i Fejgin (streszczenia własne).

Kol. J o c h w e d s: Z mnóstwa zagadnień, poruszonych przez prelegenta, poruszę tylko niektóre. Jeżeli chodzi o ostrą niedomogę prawego serca, to zdarza się ona nie tylko przy zwężeniu zastawki dwudzielnej, kiedy mamy ostrą niedomogę przedsionka lewego. W przypadkach obrzęku płuc w zwężeniu zastawki dwudzielnej w czasie porodu, o którym mówił prelegent, chodzi oczywiście o niedomogę lewego przedsionka. Prawdziwa ostra niedomoga prawej komory, opisana przez autorów argentyńskich (Ayerza, Arrilaga) i francuskich (Ducarle) zdarza się przy tak zwanej „ostrej sinicy“, na tle zatkania prawej tętnicy wieńcowej, przejściowo przy znacznej rozedmie płuc z ostrym stanem skurczowym oskrzeli, przy silnych napadach dychawicy oskrzelowej. W wyniku powstaje znaczny zastój w dużym krwiobiegu, zbyt krótko trwający jednak, aby zdążyły wystąpić obrzęki; stan ten jest trudniejszy do zwalczania, niż ostra niedomoga serca lewego i ostry obrzęk płuc. Trudniej jest za pomocą strofantyny wzmocnić pracę prawej komory, niż lewej.

Następnie miałbym zastrzeżenie co do przedstawienia przez prelegenta sprawy pochodzenia *asthma cardiale*. Mamy cały szereg teorii pozasercowych o pochodzeniu *a. card.*, które tę sprawę tłumaczą innymi czynnikami: teoria Brunna tłumaczy, że *asthma cardiale* powstaje naskutek zaburzeń w gospodarce wodnej, zwłaszcza u chorych z obrzękami. W nocy, duża fala płynu napływa do krwi i do płuc, a serce lewe jest zbyt słabe; stąd powstaje napad. Autorzy niemieccy podają tu przetwory rtęciowe — *salyrgan*, *novasurol*. Inna teoria — Eppingera, podaje, że nagle wzrasta się szybkość obiegu krwi i krew żylna będzie jasnoczerwona, gdyż jest w niej dużo tlenu, który nie przeniknął do tkanek, gdyż krew zbyt szybko przez nie przepłynęła. W takich stanach Eppinger podaje *pituitynę*, która zwalnia szybkość krążenia obwodowego, albo morfinę, która działa na odruchową postać obrzęku płuc i duszność ośrodkową.

Hijmans van den Bergh udowadnia, że duszność powstaje często odruchowo z samego serca. Przy wzmożeniu oporów w krążeniu obwodowym, duszność się wzrasta. — Jeżeli chodzi o powstanie obrzęków, prelegent podkreśla przede wszystkim zastój, a mniej zwraca uwagę na moment tkankowy. W ostatnich czasach, szczególnie Eppinger podkreśla, że u ludzi starszych występują niekiedy mocne obrzęki bez innych objawów niedomogi serca i przy względnie zdrowych nerkach. Obrzęki te można usunąć jedynie za pomocą preparatów rtęciowych, i uważa on, że obrzęki te są pochodzenia tkankowego.

Dalej wydaje mi się, że trudno identyfikować *angina pectoris* z niedomogą serca, jak to czyni prelegent. Niedomoga może być skutkiem *angina pectoris*, ale to nie jest to samo. *Angina pectoris* jest zespołem objawów, który może występować, jak na to Pawiński zwrócił uwagę, np. przy zrostach osierdzia bez zmian w samym sercu. Przy *angina pectoris* chory umiera przy niskim ciśnieniu, następnie śmierć może wystąpić na skutek zatkania tętnic, są to warunki krążeniowe. Co się tyczy oddechu Cheyne-Stokesa, to w klinice Wenckebacha robiono szereg doświadczeń (Wassermann), które wykazały, że ten typ oddechu zależy od niedomogi lewej komory i powstaje w ten sposób, że lewa komora wyrzuca zbyt mało krwi do dużego krwioobiegu, przez co powstaje z kolei niedostateczne ukrwienie ośrodka oddechowego.

Źródłem duszności, przebiegającej bez objawów zastoju w płucach, bez rzężeń i świstów, bywa często według Wassermana również niedostateczne ukrwienie ośrodka oddechowego, wskutek osłabienia mięśnia lewej komory (t. zw. „duszność” dużego krwioobiegu).

Kol. Fejgin. Prelegent poruszył szereg problemów, które nie sposób wyczerpać w krótkiej dyskusji. Wspomnę przede wszystkim o sinicy i jej mechanizmie. Prelegent powstanie sinicy przypisuje niedomodze krążenia, sinica nie zależy według niego od zawartości we krwi dwutlenku węgla, ale od rozszerzenia spłotu podbrodawkowego. W ostatnich latach Van Slyke i Lundsgard wydali monografię o sinicy, w której ujmują jej powstawanie wprost w matematyczne wzory i dokładnie tłumaczą, że sinica zależy od ilości odtlenionej hemoglobiny w naczyniach włosowatych skóry. Względna rozległość łoża naczyń włosowatych i przedwłosowatych będzie też przyczyną powstania sinicy, ale jest jeszcze cały szereg innych czynników, jak choćby grubość skóry i ogólna zawartość Hb we krwi. Właściwie sinica zależy od tego, czy ilość hemoglobiny odtlenionej w naczyniach włosowatych przekracza 3,5 objętości. V. Slyke powiada, że zawartość nieutlenionej hemoglobiny żyłnej plus tętniczej (całkowita hemoglobina może związać 20 cm.<sup>3</sup> tlenu, wiąże 19 a zatem 1 cm. zostaje nieutlenionej) podzielone przez 2 wyraża mniej więcej zawartość jej w naczyniach włosowatych. Jest szereg czynników, które powodują zwiększenie się ilości hemogl. nieutlenionej we krwi naczyń włosowatych, a więc zaburzenia w utlenianiu płucnem, spowodowane np. sprawami zapalnymi płuc czy zmianami w krążeniu (zastój), dalej warunki tkankowe, a więc zwolnienie przepływu krwi i wmożone oddawanie tlenu na obwodzie; wszystkie te czynniki powodują zwiększenie ilości nieutlenionej hemoglobiny w naczyniach włosowatych i jeżeli ilość jej przekracza 6 na 20, to występuje sinica. Im większa jest poliglobulia, tem łatwiej wystąpi taka ilość odtlenionej hemoglobiny, co spowoduje sinicę.

Niedotlenienie krwi w płucach, np. przy zapaleniu płuc krupowem, zwiększa ilość nieutlenionej hemoglobiny, dalej w niektórych wrodzonych wadach serca, pewna ilość krwi nieutlenionej

dostaje się z prawego serca wprost do krążenia dużego i powiększa ilość nieutlenionej hemoglobiny. Jednym z czynników, wywołujących sinicę, będzie również rozszerzenie spłotu podbrodawkowego, ale może nie zależy to od przyczyn ogólnych, ale od zaburzeń miejscowych. Jeszcze jedna sprawa, którą podkreślić należy — to mechanizm wymiany gazowej. W normalnych warunkach, krążenie nastawione jest na to, żeby zadośćuczynić wymaganiom wymiany tlenu i ilość krwi, wyrzuconej przez serce, jak i ilość tlenu, dostarczonego do płuc, stanowi jeden mechanizm, który zabezpiecza dostatecznie utlenienie tkanek. Wszelkie zaburzenia, jakie zależą od warunków ośrodkowych, ale i obwodowych, które powodują wzmożone zapotrzebowanie tlenu w tkankach, muszą odrazu odbić się na krążeniu i na oddychaniu. Eppinger zwraca uwagę, że chory sercowy pracuje nieekonomicznie, co dotyczy nie tylko serca ale i tkanek. Chory sercowy zużywa daleko więcej tlenu, niż zdrowy osobnik, przy jednakowym wysiłku. W tem leży pierwsze założenie niedomogi krążenia. Dla zaspokojenia potrzeby tlenu, serce takiego chorego musi użyć znacznie większego wysiłku, by wyrzucić więcej krwi do obwodu, a musi się to dziać kosztem pracy serca. Rzut minutowy serca musi być wobec tego zwiększony, bo wobec normalnej zawartości 95% utlenionej hemoglobiny we krwi tętniczej, wzmożone zapotrzebowanie tlenu może być uzupełnione tylko dzięki przyspieszeniu krążenia, a to może się odbywać kosztem zwiększonych pojemności każdego skurczu i zwiększonej ich liczbie w jednostce czasu. Serce wydolne daje sobie radę w ten sposób, że bardziej zwiększa pojemność skurczową, wybitniej, niż ilość tętna. U człowieka normalnego tętno się przyspieszy znacznie mniej i prędzej powróci do normy; u osobnika z sercem niewydolnym nie może nastąpić w tym stopniu powiększenie pojemności skurczowej, bo jego serce jest już rozszerzone i ilość krwi, która się wlewa do serca nie może się zwiększyć — częstość skurczów natomiast wzmacnia się znacznie. Przyspieszenie jest nadmierne, to zaś z kolei zmniejsza każdorazowe wypełnianie serca (ono nie zdąży się dostatecznie wypełnić), a więc i ilość krwi, wyrzucanej do krwioobiegu i upośledza utlenianie. Tkanki zaś sercowo chorych wymagają nie tylko przy wysiłku więcej tlenu, niż w normie, ale i po pracy (jak to nazywają autorowie „debt“) i to jeszcze pogarsza sytuację i wywołuje błędne koło zjawisk, w których czynniki centralne (zależne od serca) wpływają na obwód (tkanki) i przeciwnie. Niedomogę serca musimy rozpatrywać, jako skomplikowany i ściśle związany ze sobą mechanizm, którego wszystkie strony musimy poznać, żeby dokładnie zdać sobie zeń sprawę.

6. W odpowiedzi zabiera głos kol. Filiński (streszczenie własne).

Kol. Filiński odpowiada kol. Jochwedsowi, że, oczywiście, zatkanie tętnicy wieńcowej prawej może być przyczyną ostrej niedomogi prawej komory, ale obraz chorobowy (sinica) uzależni się od zastojów w żyłach dużego krążenia. W referacie swoim F. chodziło o podkreślenie tego, że osłabienie prawej komory nie

powoduje obrzęku płuc. Czynniki odruchowy w dusznicy sercowej był przez F. dostatecznie zaznaczony.

Blade obrzęki u ludzi starszych, cierpiących na miażdżycę F. odnosi do schorzenia nerek, a nie serca. Jedną przyczyną prowadzi tu do uszkodzenia nerek i do niedomogi lewej komory, która sama przez się obrzęków nie powoduje, bo niema tu zastój żylnego.

Na to, że *angina pectoris* przebiega z obniżeniem ciśnienia, F. opowiada, że odnosi się to tylko do dusznicy bolesnej od zastój (*angine de decubitus*), natomiast znanym faktem jest, że dusznica bolesna od wysiłku (*angine d'effort*) wiąże się z podniesieniem ciśnienia w czasie napadu i dlatego jej właśnie nie odnoszono do niedomogi serca. F. oświadcza, że, o ile serce, wzmagając ciśnienie w czasie napadu, nie wyrówna swego krążenia wieńcowego, to wreszcie utraci zdolność wykonywania skurczów i naturalnie, w agonji, ciśnienie spadnie, ale to już nie będzie cechą dusznicy bolesnej.

Kol. Fejginowi odpowiada F., że chcąc uzależnić sinicę od nadmiaru bezwodnika węglowego we krwi nie powinien powoływać się na prace Eppingera. Autor ten bowiem stoi na stanowisku, że w przypadkach czystej niewydolności krążenia, bez zmian w płucach, ilość bezwodnika węglowego we krwi ulega zmniejszeniu, F. wskazuje dalej na to, że zmniejszenie we krwi  $\text{CO}_2$  jest wynikiem wyczerpania zasobów zasad, a więc przede wszystkim dwuwęglanów. Odczyn aktualny krwi zależy głównie

od stosunku  $\frac{\text{CO}_2}{\text{Na HCO}_3}$ , który jest stały. Dwuwęglany idą na zobojętnienie kwasu mlekowego, wskutek zmniejszonej resyntezy glikogenu, a zatem przy zmniejszeniu mianownika ( $\text{Na HCO}_3$ ) i licznik ( $\text{CO}_2$ ) musi się zmniejszyć, bo inaczej pH krwi uległoby znacznej zmianie, a życie w tych warunkach byłoby niemożliwe.

Na tem posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 35.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz Doroczny: Jan Roguski.

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 18 lutego 1930 roku**

Początek o godz. 8-ej punkt. Obecnych członków T-wa 57. gości 26.

1. Protokół posiedzenia z dn. 11 lutego r. b. zatwierdzono bez poprawek.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne. poświęcone śp. W. Kosmowskiemu (streszcz. własne).

Kosmowski Wiktoryn urodził się 1850 r., studia lekarskie ukończył w Szkole Głównej w r. 1870 r., poczem z polecenia Komitetu Towarzystwa opieki nad rannymi udał się do Francji, by brać udział w wojnie francusko-pruskiej. Po powrocie do kraju, poza praktyką prywatną, bierze czynny udział w życiu społecznym i lekarskim. Za swój czynny udział w pracach organizacyjnych Czerwonego Krzyża w Genewie otrzymuje odznaczenie, zajmuje się czynnie w Kolonjach letnich dla dzieci, pracuje w Towarzystwie Higienicznym, za co w latach ostatnich zostaje mianowany jego członkiem honorowym. W r. 1880 świeżo założona „Kronika Lekarska” powołuje go na swego redaktora. Ś. p. Kosmowski tworzy pierwszą w Warszawie lecznicę dla chorych przychodzących; członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego ś. p. Kosmowski został w r. 1875. Od r. 1905 do r. 1907 pełnił obowiązki Sekretarza Stałego w zastępstwie chorego profesora Hoyer, ówczesnego Sekretarza Stałego. Późatem w ciągu lat kilku ś. p. Kosmowski brał czynny udział w Zarządzie Towarzystwa i przyczynił się w znacznym stopniu do przebudowy domu tegoż Towarzystwa. Drukiem ogłosił, ś. p. Kosmowski kilka prac z dziedziny pedjatrii i higieny. Po długiej chorobie, sterany pracą zmarł dn. 15. II. 1930 r. Cześć jego pamięci.

Tytuły prac z dziedziny pedjatrii i higieny.

1. Z wycieczki lekarskiej do Francji podczas ostatniej wojny francusko pruskiej. Gaz. lek. 1871.

2. Rys higieniczny dzieci w pierwszych latach życia. Warszawa r. 1873.

3. Wada rozwojowa: spodziec, nieprzedziurawienie odbytu i t. d. Medycyna 1874.

4. O drgawkach przy zębowaniu, Pam. Tow. Lek. 1878.

5. Wiadomości z higieny mieszkań. Przyroda i Przemysł 1872.

6. O wadze i wzroście dzieci klas biednych w Warszawie. Medyc. 1894.

7. Lymphadenitis tuberculosa chronica. Pam. Tow. Lek. War. 1894,

8. Lecznicze Warszawskie dla przychodzących chorych w świetle liczb. Medycyna. 1905.

9. Przedstawienie fotometru dla określenia ilości światła w sali szkolnej. Pam. Tow. Lek. War. 1906.

10. Kwestja utworzenia delegacji do spraw wychowawczo-społecznych. Zdrowie 1910.

3. Kol. Prezes odczytał tytuły prac, nadesłanych do Towarzystwa. Zebranie postanawia wyrazić podziękowanie wice-prezowski Towarzystwa, kol. L. Paszkiewiczowi za niezwykle cenny dar, jaki od Niego uzyskała Biblioteka Towarzystwa,

Wiceprezes Prof. Paszkiewicz ofiarował:

1) Zieglers Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Tomów 22.

2) Virchows Archiv für pathologische Anatomie. Tomów 49.

3) Ziegler's Zentralblatt für die allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Tomów 18.

Razem tomów 89 wartości zł. 10,000.

P. Zofja Jaworska ofiarowała z księgozbioru brata swego, ś. p. Józefa Jaworskiego 136 odbitek prac Jaworskiego i 2 dzieła lekarskie.

Oficerska Szkoła Sanitarna.

Przegląd Sportowy Lekarski Nr. 1 i 2 i 12 broszur wyd. Lekarza Wojskowego.

Dr Cykowski ofiarował 6 dzieł lekarskich.

Jaworski. Hygiena publiczna. W sprawie kolonji ziemnych dla dzieci. 1906.

Jaworski. Der Gebrauch des galvanischen Stromes mit Kolpeuryse als Behandlungsmethode der chronischen Inversionen der Gebärmutter. 1904.

Jaworski. Polityka Ministerstwa Zdrowia Publicznego w sprawie zdrojowisk i uzdrowisk.

Jaworski. II Szpital Wolski. (Kartka historyczno-prawna)

L. Nencki i J. Jaworski. Przyczynek do nauki o działaniu farmakodynamicznem w zależności od budowy chemicznej środków grupy aromatycznej. 1895.

Karwacki. Odporność w zakażeniu gruźliczem. 1929.

Kasperowicz. Badanie chemiczne wód gazowanych wyrabianych w Wilnie. 1939.

Mackiewicz. Medulloblastoma mózdzku z przerzutami do rdzenia kręgowego i półkul mózgowych. 1929.

Pieńkowski. Semiologia ręki w schorzeniach pozapiramidowych. 1929.

Pieńkowski. Jan Koelichen. 1929.

W. Sterling. Objawy oczne w chorobie Quinckego. 1929.

Szczodrowski. Choroby weneryczne, jako klęska społeczna i walka z niemi. 1928.

Szulc. Choroby przewodu pokarmowego w wojsku pol-

skiem w latach 1922—1927, ze szczególnem uwzględnieniem chorób wyrostka robaczkowego. 1929.

S z u l c. Statystyka zachorowań i zgonów w ubiegłym 10-leciu w wojsku polskim. 1929.

S z u l c i Z e k i. Studja nad oddychaniem przy zmianie rytmu oddechowego 1929.

W e j n e r t. Organizacja przytułków dla nieuleczalnie chorych na raka 1926.

W s z e l a k i. Rak ogona trzusi — włókniakomięśniaki. mnogie macicy.

W s z e l a k i. Rak, wychodzący z pozostałości łuków skrzelowych.

W s z e l a k i. Metody klasyfikacji gruźlicy płuc. 1929.

W s z e l a k i. Zagadnienie „agranulocytozy w świetle przypadku posocznicy z odczynem agranulocytarnym. 1929.

Z a n d o w a. Udział histiocytoz w oponach mózgowych. 1929.

Ż u r k o w s k i. Zagadnienie etiologii grypy. 1929,

J a w o r s k i. Ostronie higieniczno-lekarskiej międzynarodowej Wystawy Powszechnej w Liège. Odbitka.

R o c e k V a e c k. Les Travaux de l'Institut d'Hygiène publique de l'Etat Tchecoslovaque I. I. Prague. 1830.

S z u l c S t e f a n. O t. z. Standaryzacji czyli poprawianiu współczynników. Warszawa, 1929.

M a u r i c e a u. Der schwangeren u kreisenden Weibspersonen Allerbeste Hülffleistung Nürnberg. 1687.

F r a n k G i u s e p p e. Guida ossia istruzioni per ben conoscere et e scegliere il medico. Venezia. 1802.

L e b e r F e r d i n a n d o. Prelazion Anatomiche. Venezia. 1793.

(3 ostatnie dzieła darował Dr. Lorentowicz).

4. Kol. Prezes zawiadamia o mającym się odbyć nabożeństwie za poległych członków służby zdrowia.

5. Kol. J. Węgierko wygłosił odczyt p. t.

„Leczenia dietetyczno-insulinowe cukrzycy“ (streszczenie własne).

Prelegent omawia leczenie dietetyczno-insulinowe cukrzycy, uwzględniając własny podział przypadków cukrzycy. Podział ten ma na celu łatwiejsze zorientowanie się, dotyczące wskazań w postępowaniu leczniczem w poszczególnych przypadkach. Prelegent dzieli chorych cukrzycowych na przypadki z wagą prawidłową, względnie nadmierną oraz na chorych z niedoborem wagowym. Pierwszym stosuje małokaloryczne pożywienie z pewną ilością węglowodanów, drugim pożywienie pełnokaloryczne, zbliżone do prawidłowego odżywiania wraz z insuliną.

Według prelegenta, chorym cukrzycowym potrzebne są węglowodany, jako główny składnik, którego im brak (ogółenie

z zapasów glikogenu) i dlatego trzeba tym chorym stworzyć takie warunki, aby te węglowodany się przyswajały. Drogi do stworzenia tych warunków są trzy: 1) wyżywienie małokaloryczne; 2) podawanie insuliny; 3) dostarczenie z pożywieniem pewnej ilości węglowodanów.

Djetę Petrena prelegent uważa za nieodpowiednią dla chorych na cukrzycę, albowiem zawiera zbyt mało węglowodanów i nie podnosi tolerancji węglowodanowej, Djeta owsiankowa Noordena jest skuteczna, jako djeta małokaloryczna i pożytek jej nie polega na swoistem działaniu owsianki, lecz na małokaloryczności. Djeta Adlersberga i Porgesa również daje dobre wyniki lecznicze, ale nie jest to zasługą małej zawartości w niej tłuszczu, lecz małokaloryczności.

Wreszcie prelegent przytacza wyniki, osiągnięte leczeniem cukrzycy, opartem, w przypadkach z wagą dostateczną, na podawaniu skąpej ilości kaloryj i węglowodanów, a w przypadkach z niedoborem wagowym na podawaniu insuliny i bogato ciepłostkowego pożywienia z dużą ilością węglowodanów.

6. Kol. Prezes, spełniając uchwałę Posiedzenia, wyraża podziękowanie kol. L. Paszkiewiczowi.

7. Kol. L. Z e m b r z u s k i wygłosił odczyt p. t.

„Nauczanie historii medycyny w Polsce. Szkic historyczny”. (Streszczenie własne).

W dawniejszych czasach, zwłaszcza w średniowieczu i następnie do XVII w., nauczanie medycyny miało wogóle charakter historyczny. Systematyczne i metodyczne wykłady z dziejów wiedzy lekarskiej, jako z przedmiotu osobnego, rozpoczęły się właściwie dopiero w pierwszym dziesiątku w. XIX, a Polska pod tym względem nie pozostała w tyle. Ze wszystkich szkół lekarskich polskich, utworzono katedrę historii medycyny najwcześniej w Uniwersytecie Krakowskim w r. 1810 i pierwszym jej profesorem był dziekan wydziału lekarskiego Fr. Kostecki, następnie do r. 1833 wykładali ten przedmiot Boduszyński, Woźniakowski, Girtler i Sawiczewski. Wszyscy ci profesorowie obok historii wykładali, jak to było wówczas w powszechnym zwyczaju, i inne przedmioty, a najczęściej fizjologję i patologję lub medycynę sądową i policję lekarską. Dziejom medycyny poświęcono około 3 ch godzin tygodniowo, wykłady odbywały się po łacinie, a od r. 1814 słuchacze obowiązani byli zdawać egzamin z historii medycyny przy ubieganiu się o tytuł doktorski.

Katedry obsadzano wówczas przez kandydatów, wybieranych przez rady uniwersyteckie, lub Izbę Edukacyjną, po roku zaś 1833 naskutek reformy uniwersytetu Krakowskiego, czyniono to na podstawie konkursów. Z konkursu też otrzymał katedrę historii medycyny w r. 1834 jeden z wybitniejszych nauczycieli tego przedmiotu Fryderyk Hechell. Za czasów profesury Hechella słuchanie wykładów z historii wiedzy lekarskiej było dla studentów-medyków obowiązkiem i wymaganiem był egzamin. Hechell, traktujący swój przedmiot z wielkiem zamiłowaniem, stworzył szkołę, z której wyszedł jako następca Oettinger.

Oettinger nie dorównał jednak swemu nauczycielowi, pomimo iż był zamilowanym badaczem przeszłości medycyny i niezłym profesorem. Zresztą ówczesne władze centralne austriackie zlekceważyły historię medycyny i zaczęły ją traktować, jako przedmiot dodatkowy, drugorzędny, co nie ułatwiło zadania Oettingerowi. Na Oettingerze ucywa się w 80 latach zeszłego stulecia nauczanie historii medycyny w Krakowie a ż do r. 1910. W Warszawie wykłady z dziejów wiedzy lekarskiej rozpoczęły się na Wydziale Akademicko-Lekarskim w r. 1813 (prof. Dziarkowski), następnie w Uniwersytecie Królewskim do r. 1825 (adjunkt chirurgji Nowicki), a po utworzeniu odrębnej katedry, objął ją do końca istnienia Uniwersytetu (t. j, do r. 1831) Wincenty Szczucki. Skrypta z wykładów tego ostatniego, napisane przez Le Bruna, znajdują się w Bibliotece Warsz. Tow. Lek. Historji medycyny słuchali uczniowie V roku, a egzamin był obowiązkowy. Pod koniec Akademji Medyko-Chirurgicznej, dzieje medycyny wykładał Łuczkiewicz, który objął też katedrę tego przedmiotu w Szkole Głównej; w ostatnim roku istnienia Szkoły zastąpił go Nawrocki, później profesor fizjologii. W Uniwersytecie Warszawskim rosyjskim wykładów historii medycyny nie było. W Wilnie nauczanie dziejów medycyny rozpoczęło się najpóźniej, gdyż dopiero około r. 1826. Wykładali kolejno: Porcyanko, Woelek, Ahicht i najwybitniejszy ze wszystkich, ostatni profesor tego przedmiotu w Akademji Med. Chir. Wileńskiej — Adamowicz, człowiek głębokiej wiedzy przyrodniczej i humanistycznej i gorliwy badacz przeszłości medycyny, przyciągający na swe wykłady tłumy młodzieży. Prelegent dochodzi do wniosku, że najlepszymi profesorami historii medycyny byli ci, którzy prócz nauk lekarskich, mieli możność studjowania fizjologii.

Przy końcu XIX w. nie tylko w Polsce, lecz i na zachodzie przestano wykładać historję medycyny w uniwersytetach z powodu szerzących się w nauce prądów materialistycznych i darwinizmu, skutkiem czego wiedza humanistyczna usunięta została na plan dalszy. Przejściowo z własnej inicjatywy wykładali w r. 1908 i 1918 historję medycyny: w Krakowie — Wrzosek, we Lwowie — Szumowski. Ubolewali nad tem najlepsi wychowawcy i nauczyciele naszej młodzieży akademickiej, profesorowie Jaworski i Chałubiński, dopatrując braki w jej przygotowaniu do zawodu lekarskiego w zaniedbaniu wykładów krytycznych z historii medycyny. Marzenia obu tych wybitnych przedstawicieli nauki lekarskiej polskiej ziściły się w całej pełni dopiero w odrodzonej Polsce przez utworzenie katedr historii i filozofji medycyny w naszych Uniwersytetach.

#### W d y s k u s j i:

Kol. Sawicki przypomina Rosego, który wykładał historję medycyny w Szkole Głównej; brać medyczna słuchała go bardzo chętnie. Pozatem prelegent nie wspomniał o Łuczkiewicz, który wykładał w Uniwersytecie Warszawskim; warunki nie pozwoliły wykładać temu ostatniemu historii medycyny w Polsce. Było to w r. 1881 — 1882.

Kol. Zembruski stwierdza, iż o wykładowcach przejściowych nie wspominał, a do takich należy Rose. W dziele Bart-

kiewiczza o Szkole Głównej, na którym prelegent się opierał, Łucz-kiewicz jest wymieniony, jako wykładowca propedeutyki, nie zaś historii.

Na tem posiedzenie zamknięto o godz. 10. mn. 35.

Prezes: *Witold Orłowski*

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski*

## PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 25 lutego 1930 r.**

Początek o godz. 8-ej punkt. Obecnych członków T-wa 47, gości 31.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 18-go lutego przy-jęto bez poprawek.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Bib-lioteki.

Kalendarz Lekarski r. 1871, 1874, 1904.

Kalendarz Lekarski Krakowski r. 1881, 1892.

La Documentation Médicale — Revue mensuelle de la Presse Médicale mondiale r. 1930 Nr. 1.

Higier. Nerwice ogólne, psychonerwica i nerwice narzą-dowe we współczesnej medycynie wewnętrznej a racjonalne ich leczenie. R. 1929.

Higier Auslösung und Coupierung von klonischen und tonischen Muskelkrämpfen durch periphere Eingriffe. R. 1928.

Higier. Der Arzt und die Heilkunst.

Mikułowski. Contributo allo studio della tubercolosi „chiusa“ nell'infanzia. 1930.

Mikułowski. Reveil de la syphilis latente chez l'enfant. 1929.

Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz instytucyj zdrowia publicznego w roku 1927, Wydawnictwo Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Warszawa. 1929.

Bacmeister A. Therapeutisches Taschenbuch der Lun-genkrankheiten. Wyd. III. Leipzig, 1930,

3. Kol. Mikułowski Włodzimierz przedstawia 2 przypadki chorobowe:

a) Przypadek nerczycy lipidowej Munka u dziew-czynki 10 l., leczonej skutecznie tyreoidyną (streszcz. wł).

Wanda G. przybywa do szpitala 13. XII. 1929 z powodu od 1/2 roku trwającego białkomoczu i obrzęków. Dieta bezsolna i bez

mięsna oraz liczne środki moczopędne, stosowane dotąd przez lekarzy, pozostają bezskuteczne. Badanie stwierdza obrzęki ogólne znacznego stopnia wraz z puchliną brzuszną i piersiową. Surowica krwi opalizująca, mleczna zawiera 6‰ cholesteryny a mało białka (5.54‰) mocznika 0.25‰. Moczenie skąpe: 600 cm., w moczu do 10‰ białka, mało chlorków 0.5‰ — 2‰, w osadzie wałeczki ziarniste i szkliste, kryształki tłuszczów, zwyródniałe tłuszczowo komórki nerkowe. Próby wodna i z fenolsulfoftaleiną — nie wykazują odchylenia od normy. W 2 tygodnie po zastosowaniu tyroidy (2 razy dnia pastylka, opowiadająca 20 centigramom świeżego narządu) przy równoczesnem podaniu dziecku diety mięsnej, mało słonej — obrzęki ustępują, białko znika z moczu, chlorurja się poprawia, surowica wykazuje 6.81% białka, 2‰ cholesteryny, Dnia 14. I. poziom cholesteryny i białka surowicy krwi oraz poziom chlorków w moczu i jego osad wracają do normy. Stan dobry trwa od 7 tygodni.

b) Przypadek kiłowego zapalenia opon mózgowych, obudzonego przez dur brzuszny u chłopca 9 letniego (streszczenie własne).

Jerzy Cz. przybywa do szpitala 26. I. b. r. z objawami oponowymi i z ciepłotą do 39.8°, trwającą od tygodnia. Wywiady stwierdzają 6 poronień u matki i 2 wczesne śmierci rodzeństwa. Wysoka ciepłota do 39° utrzymuje się przez 2 tygodnie od początku choroby — potem przechodzi w stan podgorączkowy i spada do normy. Podniesionej ciepłocie towarzyszy stan podniecenia, chwilami szalowego. Badanie płynu mózgowego 6-krotnie wykazuje płyn włóknikowo zapalny, 0.3% białka, pleocytozę do 250 komórek w 1 mm<sup>3</sup>. Zastosowanie przeżyciowego barwienia Methylgrünpyroniną Pappenheima stwierdza w czasie zapalenia opon — obraz cytologiczny, złożony przeważnie z limfocytów i z takiej samej ilości komórek plazmatycznych, małych, średnich i olbrzymich. Badanie bakterjologiczne krwi, moczu i kału wykazuje obecność szczepu duru brzusznego. Odczyn Widala w surowicy krwi 1:2000 dodatni. Zastosowano w 3-im dniu choroby energiczne leczenie przeciwiłowe. Chory w przeciągu 2 tygodni wykazuje płyn prawie normalny i wolny od komórek plazmatycznych. Obraz cytologiczny płynu mózgowego odpowiadał, z powodu znacznej obecności komórek plazmatycznych, obrazowi cytologicznemu, który jest właściwy kiłowemu zapaleniu opon mózgowych i porażeniu postępującemu.

Szybkie wyleczenie stanu chorobowego przez zastosowanie środków przeciwiłowych (Stovarsol, szara maść, Eparsen) — przemawia również za trafnością rozpoznania. Przypadek był interesujący także z powodu wybitnej hypotonji tętniczej, którą opanowano zapomocą dużych dawek podskórnych adrenaliny w czasie od 26. I. do 20. II.

Prelegent przedstawia rysunki, przedstawiające obraz cytologiczny płynu mózgowego w czasie nasilenia choroby.

4. Kol. J. Węgierko wygłosił referat p. t.

„Zachowanie się cukru i substancji suchej

we krwi w przebiegu leczenia insulinowego cukrzycy". (streszczenie własne).

Prelegent przedstawił wyniki badań nad zawartością cukru we krwi pod wpływem insuliny w 2-ch przypadkach nadczułych na insulinę. W przypadkach tych, które wykazywały, po podaniu nawet niedużych dawek insuliny (15 — 30 jedn.), objawy hipoglikemiczne, ukazywał się cukier w dobowej ilości moczu. Z tego też względu prelegent badał u tych chorych cukier we krwi i w moczu co godzinę, w przeciągu kilkunastu godzin. Okazało się, że podobni chorzy wykazują duże wahania cukru we krwi i po hiperglikemji następuje bardzo szybko hipoglikemja. W okresie hipoglikemicznym podanie doustne kostki cukru (5 g.) wywołuje po kilku minutach wybitną hiperglikemję. W drugiej części swego referatu prelegent wykazuje, że po podaniu insuliny występuje b. szybko rozwodnienie krwi (obniżenie wskaźnika refraktometrycznego w surowicy i odsetkowej zawartości substancji suchej we krwi). Z tego też względu notuje się tak szybki przybytek na wadze u tych chorych. Wobec powyższego, przybytek na wadze można uważać dopiero wówczas za właściwy, tj. z powodu przybywania substancji tkankowych, jeżeli ma się do czynienia z ustalonym już wskaźnikiem refr. surowicy, t. j. wówczas, kiedy pod wpływem insuliny nie występuje dalsze rozwodnienie krwi.

## 5. Dyskusja.

Kol. W Grott (streszczenie własne).

Do ciekawych wywodów prelegenta pragnąłbym dorzucić parę szczegółów w sprawie hypoglikemji. Co do istotnej przyczyny powstawania tego stanu chorobowego, jeszcze nawet dziś trudno wypowiedzieć się kategorycznie. Okazuje się, że odgrywa tu wybitną rolę cały szereg czynników i nie wiadomo któremu z pośród nich należy przypisać większe znaczenie. W zespole hipoglikemicznym, oprócz typowych objawów klinicznych (uczucie głodu, osłabienie i t. d.) stwierdza się również obniżenie poziomu cukru we krwi oraz spadek ciśnienia. Co się tyczy ciśnienia, to na jesieni 1928 r. studiując w Londynie u prof. Mac Lean'a, miałem możność obserwowania doświadczeń, przeprowadzonych w tym kierunku na królikach. Króliki podzielono na dwie grupy, grupa pierwsza otrzymywała tylko wielką dawkę insuliny, druga zaś taką samą dawkę insuliny i jednocześnie dużą dawkę adrenaliny.

Króliki grupy pierwszej, po pewnym czasie, wykazywały typowe objawy hipoglikemji, aczkolwiek ich wątroba i mięśnie były pełne glikogenu. Grupa druga przez cały czas zachowywała się tak, jak gdyby wcale nie otrzymywała insuliny. Gdy króliki te zabito w tym czasie, co i pierwsze, to okazało się, że cukru we krwi nie było zupełnie, glikogenu w wątrobie i mięśniach było bardzo dużo, natomiast przy nacięciu tętnicy ciśnienie było tak wielkie, że krew wytryskiwała strumieniem. Doświadczenia wykonywał w mej obecności Dr. Goldblatt. (Patrz Biochemical Journal 1929).

Praca ta naocznie wykazuje, jak wielką rolę odgrywa adrena-

lina oraz ciśnienie krwi w powstawaniu zespołu hypoglikemicznego.

W okresie hipoglikemji klinicznej mamy również wielki spadek cukru we krwi. Istnieją również doświadczenia, które wykazują, że spadek cukru we krwi całkowitej może być stosunkowo niewielki, a objawy kliniczne, pomimo to, występują. Otóż okazało się przy bliższem badaniu, że w tych przypadkach wielką rolę odgrywa rozmieszczenie cukru między osoczem a krwinkami, mianowicie krwinki zawierają b. mało cukru, czyli, że zespołowi klinicznej hipoglikemji może towarzyszyć wyłącznie tylko wybitne obniżenie, poniżej normy, poziomu cukru w krwinkach tylko. Wykryć tego rodzaju stan udaje się tylko wtedy, gdy się bada cukier nie we krwi całkowitej, lecz w krwinkach i w osoczu oddzielnie.

Co się tyczy chorych opornych na leczenie insuliną, to nie mogę poszczycić się znajomością tego rodzaju przypadków. Zarówno w klinice, jak i w praktyce tego rodzaju chorych nigdy nie spotykałem. Wobec tego uważam, że zaliczenie chorych do grupy opornych na insulinę wymaga b. dokładnego zbadania oraz b. krytycznej oceny przypadku.

Niezmiernie ciekawe jest zachowanie się chorych w okresie hipoglikemji na małe dawki węglowodanów, np. 5 gr. cukru. Tego rodzaju dawka wystarcza nieraz do usunięcia przykrych objawów w ciągu kilku minut, czyli chory odczuwa dobroczynny skutek od spożycia cukru pierwszej, niż ten, jako taki, na glikemję zadziałać może. Cukier, jako dobry bodziec sekrecji żołądkowej, czyni to przez pobudzenie nerwu współczulnego. Być może, że podrażnienie tą drogą nerwu współczulnego podnosi również ciśnienie, zbytnio obniżone, w okresie hipoglikemji. Byłoby to w zgodzie z doświadczeniami Cammidge'a i Howard'a, dotyczących zachowania się glikemji w związku z wydzielaniem żołądkowem pod wpływem różnych bodźców.

Co się tyczy chorych wrażliwych na insulinę, to w doświadczeniach prelegenta uderza stosowanie nie tylko dużych dawek insuliny, ale też i niezmiennosc ich w ciągu całego dnia. (3 razy po 30 jednostek). Jak wiadomo ze ścisłych doświadczeń przeprowadzonych na chorych (Joslin), rano naczecz tolerancja jest najgorsza, a w ciągu dnia, w miarę przyjmowania posiłków, stopniowo coraz bardziej się wzmacnia. Jednem słowem każda następna porcja węglowodanów pobudza trzustkę chorego do coraz wydawniejszej pracy. Mac Lean i Wesselow wykazali, że każda następna dawka glukozy po 50 gr., podana kolejno po sobie w ciągu dnia, wywołuje coraz mniejsze podniesienie krzywej cukru we krwi. Wobec tego chory, po każdym następnym posiłku, będzie wytwarzał coraz więcej endogennej insuliny. Dlatego też, jeśli dawka wstrzykniętej insuliny stale będzie duża (30 jedn. jak u prelegenta), to nic dziwnego, że i reakcja ustroju musi być wielka. Przyjmując pod uwagę tego rodzaju fakty, od czterech prawie lat stosuję w I Klinice Wewn. Uniw. Warsz. dawki insuliny stopniowo zmniejsz

szające się w ciągu dnia, to jest rano największe, w południe mniejsze, i najmniejsze na wieczór (np. 20—16—12 jedn.) Dzięki temu, leczenie jest bardziej fizjologiczne, insuliny wychodzi mniej. koszt leczenia jest mniejszy a co najważniejsze chroni się chorego przed możliwością objawów hipoglikemji, zwłaszcza w nocy.

Co się tyczy przemiany, wodnej to bardzo ciekawe badania przeprowadzone przez prelegenta w zupełności potwierdzają spostrzeżenia Widala i Acharda (1924/5), szkoda tylko, że prelegent nie uzupełnił ich jednocześnie zbadaniem zachowania się chloroków w moczu, z których zatrzymaniem, jak to wykazali autorzy francuscy, liczyć się należy w powstawaniu obrzęków insulinowych. Ze względów ściśle praktycznych pragnąłbym podkreślić, że u chorych na cukrzycę, leczonych insuliną, nie zawsze obrzęki są spowodowane przez insulinę. Nieraz główną przyczyną tkwi w nie. domodze serca, a w tych przypadkach szczególnie należy się liczyć z wielkością dawki insuliny. Zbyt duże dawki insuliny, stosowane jednorazowo, przez swój wpływ na serce i ciśnienie mogą okazać się wprost fatalne dla chorego.

Kol. W. Orłowski (streszczenie własne).

Nie kwestjonuję stanu faktycznego, przedstawionego nam przez kol. Węgierkę. materiału; materiał ten został zebrany w II. Klinice Chorób Wewnętrznych. Uważam jednak za konieczne sprostować w pewnej mierze interpretację, jaką nadał prelegent temu materiałowi, odbiega ona bowiem od tej, którą myśmy wspólnie ustalili. Sprostowanie to uważam za konieczne, aby nie pozostało wrażenie, iż ja z tego rodzaju interpretacją się zgadzam.

Zacznę od wykresów, które prelegent przedstawił na pierwszym posiedzeniu. Podkreślam, że faktycznego stanu nie kwestjonuję, ale nie mogę się zgodzić z interpretacją p. d-ra Węgierki. Przypominam, że prelegent podawał jednego dnia pewną ilość cukru, drugiego tłuszcz, albo białko, trzeciego cukier z tłuszczem lub białkiem i otrzymywał wyniki stwierdzające, iż skojarzenie cukru z tłuszczem lub z białkiem znacznie podnosi krzywą hyperglikemiczną. Z tych doświadczeń wyprowadził prelegent wnioski, że mają tu znaczenie tylko same ciepłotki, nie zaś tłuszcz lub białko. Z taką interpretacją zgodzić się nie mogę. Samo postawienie doświadczenia nie pozwalało na takie wnioski; musieliśmy bowiem jednego dnia podać pewną ilość ciepłostek węglowodanowych, drugiego taką samą ilość ciepłostek tłuszczowych czy białkowych, trzeciego taką samą ilość kaloryj, z których część białkowych, a część tłuszczowych. Potem dopiero moglibyśmy sądzić, czy odgrywają tu rolę ciepłotki, czy też tłuszcze lub węglowodany. Nie przesądzam, jaki byłby wynik, ale głęboko jestem przekonany, że teza p. d-ra Węgierki nie utrzymałaby się. Przecież już same ciepłotki węglowodanowe nie są jednakowe, jedne sprawiają silniejsze przecukrzenie, inne słabsze. Dlatego w Klinice w schematach dla chorych na cukrzycę uwzględnione są dwa rodzaje węglowodanów. Prelegent przytoczył, że nawet, jeżeli podawał sam cukier, to poprawiał tolerancję. Ten fakt tłumaczyliśmy w ten sposób, iż wyłączenie małokaloryczność powodowała poprawę tolerancji, a nie cukier.

Przechodząc do diety Petrena, muszę stanąć w obronie nieobecnego tu d-ra Łukaszczyka, który z mojego polecenia przeprowadził badania nad wartością diety Petrena. Prelegent, omawiając te badania Ł., wyraził się, że nic dziwnego, iż glikemja się obniżała, bo chociaż chorzy dostawali dużo tłuszczu, to jednak go nie przyswajali.

Jako dowód przytoczył, że na wadze im nie przybywało, oraz swoje doświadczenia z dietą Petrena. Podany wniosek jest niesłuszny. Na dowód przytoczę tu parę danych z pracy Łukaszczyka: zbadano bardzo szczegółowo 8 przypadków. W 4 przypadkach chorzy nie-wychudzeni otrzymywali od 15 do 25 kaloryj na kg. wagi; niema tu nadmiaru ciepłotek, a raczej niedobór. Nic dziwnego, że nie przybywało im na wadze, powinni raczej tracić. Pozostali chorzy otrzymywali większą ilość kaloryj i niektórym nawet przybyło na wadze (1, 7—1, 8 kg.), są to chorzy wychudzeni. Jednemu ubywa 4 kg., ale jest tu zaznaczone, że nie znosił diety, miewał wymioty i rozwolnienie. Inny miał zaburzenia jelitowe, na wadze nie przybywało. Oczywiście zmniejszenie lub zniknięcie cukromoczu i zmniejszenie glikemji nastąpiło u większości chorych wskutek tego, że otrzymywali oni dietę Petrena mało kaloryczną.

Dalej zaznaczyć muszę, że prelegent przedstawił sprawę diety owsiankowej tak, jakby on pierwszy wykazał, że znaczenie jej polega nie na jej specyficzności, a na mało kaloryczności. Głosiłem o tem *ex cathedra* już 20 lat temu w Kazaniu, a w piśmiennictwie jest szereg prac, dotyczących tej sprawy. Przypominam, że, kiedy objąłem II Klinikę, to prelegent hołdował djecie owsiankowej i w swojej monografji umieścił ją, jako dietę swoistą.

Tak samo, co do diety Porgesa; prelegent powiedział, że to on udowodnił, iż wartość jej polega na mało kaloryczności. Myśl tę wypowiedziałem już przedtem, na zebraniach klinicznych, podkreślając, że sens diety Porgesa polega na mało kaloryczności, nie zaś w tem, gdzie to widzi Porges.

Przy mało kaloryczności węglowodany mogą doskonale się znosić, jak to podnosi Klemperer. Fakt ten uszedł jednak świadomości lekarza praktycznego; zasługa więc Porgesa polega na tem, że przypomina ten fakt.

Wystąpiłem nie dlatego, żeby kwestjonować materiał, albo wysunąć samego siebie. Chodzi o to, że pewne myśli, wypowiedziane przez prelegenta, niezgodne są z mojem poglądami, mimo poprzedniego uzgodnienia zemną, jako szefa Kliniki; muszę zatem podkreślić, że nie są one opinią Kliniki, ale interpretacją p. D-ra Węgierki, mojem zdaniem, niesłuszną.

Kol. J. Roguski (streszczenie własne).

Ponieważ dzisiejszy odczyt p. d-ra Węgierki jest ostatnim z tej serii, pozwolę sobie wrócić do jednej sprawy, poprzednio poruszonej, a mianowicie do krzywej cukru we krwi pod wpływem podawania cukru oraz cukru wraz z tłuszczem i białkiem. Interpretacja, jaką podaje p. dr. Węgierko, że wzrost krzywej hyper-

glikemicznej pod wpływem białka i tłuszczu należy kłaść na skarb wartości kalorycznej, wydaje mi się niesłuszną, ze względu na późne wchłanianie tłuszczu. Wzniesienie krzywej hyperglikemicznej po przyjęciu białka lub tłuszczu, dodanego do cukru, złożyć należy raczej karb działania odruchowego, niż wysokiej wartości kalorycznej pokarmu.

Odpowiedź kol. J. Węgierki.

Kol. Grottowi prelegent odpowiada, iż tak wybitne wahania cukru we krwi nie występują często, ma to jedynie miejsce w przypadkach wrażliwych na insulinę.

W stosunku do innych mówców, prelegent wyraża swój żal, iż z powodu przejaśnienia przez niego niektórych faktów, odniesiono wrażenie inne, niż tego sobie życzył prelegent.

6. Kol. W. Szumowski wygłosił odczyt p. t.

Wahania we współczesnej medycynie (streszczenie własne).

Prelegent omawia i poddaje krytyce hasło „zurück zu Hippokrates“, powtarzane obecnie często w literaturze niemieckiej; omawia poglądy Lieka na stanowisko dzisiejszej medycyny i Biera na wartość homeopatii. Wreszcie mówca przedstawia najobszerniej poglądy Bernharda, Aschnera i jego zwolenników, wypowiedziane głównie w dziele Aschnera „Die Krise der Medizin, Konstitutions-therapie als Ausweg“ (1928). Aschner podaje, że we wszystkich szkołach lekarskich na kuli ziemskiej wykłada się od kilkudziesięciu lat jeden i ten sam system medycyny, która się wywodzi od Bichata, Virchowa, Pasteura i Kocha, a którą autor nazywa anatomiczno-lokalizacyjną, narządowo-specjalistyczną i bakterjologiczną. System ten, choć niewątpliwie jest w dużym stopniu słuszny, poszedł w praktyce za daleko, gdyż odrzucił wiele metod leczniczych, używanych od paru tysięcy lat i bardzo skutecznych. Aschner pragnie zrehabilitować te metody, przeważnie humoralne, zwłaszcza, że znajdują one obecnie uzasadnienie w terapii, zastosowanej do konstytucji chorego. Wśród tych metod Aschner wielką wagę przypisuje upustowi krwi, środkom przeczyszczającym, wymiotnym, odciągającym, napotnym, rozpędzającym, środkiem z grupy emmenagoga i t. p. Prelegent nie sądzi, żebyśmy przeżywali obecnie prawdziwe przesilenie w medycynie, jak mniemają niektórzy, uważa jednak pracę Aschnera i jego szkoły za odchylenie od powszechnie przyjętej linii rozwoju medycyny, odchylenie pożyteczne, ponieważ chroni ono od powstającego dogmatyzmu w stosunku do dzisiejszych metod leczniczych. Prelegent nie może rozstrzygać, czy wywody teoretyczne i obserwacje kliniczne Aschnera są zawsze słuszne, ale sądzi, że kliniki, które mają decydujący głos w wyborze metod leczniczych, będą musiały poniekąd przypomnieć sobie i swoim uczniom dawne zaniedbane metody lecznicze.

7 W dyskusji zabierał głos:

Kol. J. Roguski (streszczenie własne).

Dzięki odczytowi Pana Profesora Szumowskiego mogliśmy na

chwilę oderwać się od mnóstwa drobnych zagadnień aktualnych, które przesłaniają nam widok na zagadnienia natury ogólnej, zawniczej.

Podział medycyny na medycynę praktyczną, którą zrodziło współczucie i medycynę naukową, obecnie narządowo-specjalizacyjną, wydaje się pogłębiać. Uprawiający tę drugą gałąź medycyny zasługują często na określenie, iż „umieją operować, a nie umieją leczyć”; lekarze tego rodzaju często niesłusznie noszą nazwę lekarza; winni mieć tylko tytuł doktorów.

Kol. L. K r y ń s k i, wyraża żal, iż prelegent nie uwzględnił w swym odczycie literatury francuskiej, ujmującej poruszane zagadnienia bardziej syntetycznie. Takich zagadnień; czy medycyna jest nauką czy sztuką, we Francji niema; dowodem tego jest, że nauka medycyny rozpoczyna się tam od szpitala, w celu połączenia teorii z praktyką. Mówca jest zwolennikiem stosowania na szerszą skalę upustu krwi, którego znaczenie lecznicze wielokrotnie na sobie samym stwierdzał.

Kol. M i c h a ł s k i (streszczenie własne).

Wrażenia A s c h n e r a o całkowitem zarzuceniu dawnych metod leczniczych nie można bez zastrzeżeń zastosować do Warszawy.

U nas stosuje się dotychczas w odpowiednich przypadkach upusty krwi; nie stosujemy wprawdzie pryszczyceli, zalecanych przez A s c h n e r a, ale stosujemy mniej więcej równoznaczne w działaniu bańki suche i cięte, w Wiedniu dotychczas zupełnie nie stosowane.

Spóźniona pora nie pozwala Z. M i c h a ł s k i e m u na szersze omówienie bardzo ciekawego tematu, poruszonego przez prof. Szumowskiego, M i c h a ł s k i, na zasadzie własnych studjów, nie przypuszcza, aby poznanie starych metod leczniczych mogło wiele dorzucić do naszej współczesnej terapii. Przeczyć nie można, iż coś nie coś ze starych środków leczniczych może mogłoby i dziś znaleźć zastosowanie, trudno jednak myśleć o przechodzeniu na stary system leczniczy t. zw. *saigner, purger* etc.

Jeśli chodzi o wpływy szkodliwe na rozwój współczesnego lecznictwa, to M i c h a ł s k i sądzi, iż pierwszym grzechem są pozostałości po kierunku V i r c h o w a — doszukiwanie się chorego narządu, a nie choroby człowieka. Współczesna t. zw. djaagnostyka czynnościowa poszczególnych narządów z niewiarogodną ilością metod badania jest dalszym odbiciem tego kierunku.

Ztąd też wypływa nadmierna specjalizacja lekarzy na specjalistów od poszczególnych chorób i narządów. W dalszym ciągu do obniżenia się poziomu lecznictwa przyczyniają się niewątpliwie przeróżne t. zw. specyfiki, o których jeden z najmłodszych polskich historyków medycyny, kol. J. K u r c z y ń s k i wyraził się, iż obecnie fabryki chemiczne doskonale zużytkowują swe odpadki, przeznaczając je na *panaceum* na wszystkie cierpienia.

Wreszcie M i c h a ł s k i zwraca uwagę na pewne oryginalne odwrócenie stosunków w współczesnej medycynie. Medycyna

teoretyczną zajmują się przedewszystkiem kliniki, podczas gdy badania nad wytwarzaniem nowych środków leczniczych wykonują teoretycy, jak fizjolog kanadyjski B a n t i n g, który wprowadził do leczenia insulinę, fizjolog duński M o l g a r d — sanokryzynę.

8. Kol. Szumowski odpowiadając, zgadza się na zarzut kol. Kryńskiego, iż opierał się tylko na literaturze niemieckiej. W literaturze francuskiej są dzieła tak przykre do referowania (paskwil Daudet'a), iż prelegent wolał ich nie poruszać.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 m. 40.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

## PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 4 marca 1930 r.**

Obecnych członków Towarzystwa 25, gości 35.

Część I posiedzenia (obradu w języku francuskim).

1. Kol. Prezes wita prelegenta w osobie wiceministra N. Macridès.

2. Kol. N. Macridès wygłosił odczyt p. t.

„La dernière épidémie de dengue à Athènes”,  
(streszczenie własne) w języku francuskim.

Epidemia dengi, która rozpoczęła się w Atenach na jesieni 1927 roku, w lipcu roku następnego przybrała postać pandemii. Pandemję roku 1928 należy uważać za dalszy ciąg epidemii, rozpoczętej w roku poprzednim z rzekomą przerwą, spowodowaną warunkami atmosferycznymi pory zimowej. *Stegomyia fasciata*, gatunek muchy, której ukłucie wywołuje dengę, mogła przetrwać zimę w mieszkaniach atenczyków, rozmnażając się w gorącym okresie lata. Choroba bardzo łagodna w roku 1927, przybrała w roku następnym postać ciężką z nowym objawem chorobowym: krwiotokami.

Zwykle objawy cierpienia są następujące: nagły początek wśród deszczów i podniesionej ciepłoty, silne bóle głowy w okolicy czołowej, bóle w stawach i mięśniach, lekkie zamroczenie, niepohamowane pragnienie, wysypka odrowata lub płonicowa, zjawiająca się na trzeci dzień choroby, zaparcia stolca i t. d. Najbardziej dokuczliwymi dla chorego są bóle w mięśniach i stawach, które mogą nadawać schorzeniu obraz ciężkiego cierpienia. Oprócz wspomnianych krwiotoków, w 1927 roku denga przebiegała ze zwolnieniem tętna i spadkiem ciśnienia tętniczego.

Choroba trwała zwykle 7 dni; gorączka spadała nagle, zjawiało się łuszczenie skóry, najbardziej zaznaczone na powierzchniach dłoniowych.

*Stegomyia fasciata* żyje zwykle 6 tygodni; w sprzyjających warunkach (wilgoć, brak światła, ciepłota powyżej 15°), może żyć dłużej. Jedynie tylko ukłucie samicy tego gatunku owadu może przynieść chorobę; innych dróg zakażenia nie spotyka się. Przyczyną choroby jest zarazek przesączalny.

Zapadalność na dengę nie zależy od wieku chorego. W Atenach latem 1928 r. chorowało 9/10 mieszkańców. Śmiertelność była bardzo małą (1:1000). Przypadki śmierci dotyczyły osób starszych, wykazujących objawy niedomogi wątrobowej i sercowo-naczyniowej.

W roku 1928 choroba wykazała 3 klasyczne okresy epidemii: I. okres wstępny (lipiec), przypadki względnie lekkie, liczba ich niewielka; przypadków śmiertelnych 8. II. okres wyższego rozwoju (sierpień) — 430 przypadków śmiertelnych. 3<sup>o</sup> Okres zstępny (wrzesień) — 263 przypadki śmiertelne. Najczęściej zjawiały się powikłania w nerkach, układzie nerwowym i sercu. Wątroba odgrywała rolę drugorzędną. Zmiany w narządach dotkniętych objawiały się zwyrodnieniem woskowem; zmian w nadnerczach nie stwierdzono. Rekonwalescencja trwa długo; chorzy są odwodnieni. Zaznacza się wydatny spadek na wadze; chorzy wykazują stany melancholiczne. Wpływ na ciężę jest słabo wyrażony; bardzo rzadko choroba wywołuje poronienie lub poród przedwczesny. Wpływ na gruźlicę jest bardzo słaby; zwykle nie notowano jej zaostrzenia pod wpływem dengi. U kobiet denga wywołuje zazwyczaj krwotoki maciczne; w niektórych jednak przypadkach, przeciwnie, powstrzymuje już istniejące. Zaznacza się dodatni wpływ dengi na przetoki ropne oraz różnego rodzaju umiejscowienia cierpienia na tle rzeźączkowem. W przebiegu dengi często zjawiają się cierpienia skóry owłosionej, najczęściej na tle gronkowcowem.

Denga raz przebyta sprowadza odporność na długie lata. Należy ją odróżniać od gorączki trzydniowej, wywołanej przez *Phlebotomus Papatacci*. W odróżnieniu od grypy, denga nie sprowadza powikłań w drogach oddechowych, co może posłużyć za objaw różniczkowo-rozpoznawczy. Zwolnienie tętna, ze względu na brak zmian w nadnerczach, należy przepisać zwyrodnieniu mięśnia sercowego, co potwierdza badanie pośmiertne.

W stosunku do dengi byłoby rzeczą zbyt dużą stosować bardzo surową kwarantannę, należy zatem prowadzić tylko odpowiednią walkę z *Stegomyia fasciata*.

### 3. W dyskusji:

Kol. S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i przytacza własne spostrzeżenia paru przypadków dengi, które obserwował za czasów swego pobytu w Konstantynopolu. Wyraża zdziwienie, iż nadnercza, w/g prelegenta, nie przedstawiały odchyień od normy.

Kol. K o p c z y ń s k i zapytuje, czy prelegent widział wpływ dengi na przebieg porażenia postępującego.

Kol. Mańkowski zapytuje o zachowanie się obrazu krwi.

Kol. Prelegent w odpowiedzi podkreśla raz jeszcze, iż zmian w nadnerczach nie stwierdzono. Badań pośmiertnych zwłok wykonywał docent, dobry anatomopatolog. Żaden z 200 przypadków porażenia postępującego, które przechodziły dengę, nie uległ poprawie pod jej wpływem. We krwi chorych na dengę występuje leukopenja; nie tyczą się to dzieci.

4. Kol. Prezes dziękuje kol. prelegentowi za wygłoszenie nader interesującego odczytu; prof. Zotosowi zaś za zaszczytowanie swą obecnością posiedzenia.

## Część II.

5. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 25 lutego r. b. przyjęto bez zmian.

6. Kol. Prezes zawiadamia o mającym się odbyć V Kongresie Międzynarodowym Fizjoterapii.

7. Kol. N. Pryłucki wygłosił odczyt p. t.

„O wartości klinicznej próby z czerwienią Kongo dla wczesnego rozpoznawania skrobiawicy“ (streszcz. wł.)

Na wstępie prelegent omawia symptomatologię kliniczną skrobiawicy narządów wewnętrznych i czynników usposabiających do jej powstania, poczem daje krótki przegląd stosowanych dotychczas metod klinicznych, mających ułatwić rozpoznawanie skrobiawicy in vivo.

Nieco dłużej prelegent zatrzymuje się nad metodą z czerwienią Kongo, wypracowaną przez Bennholda.

Metoda ta, polegająca na dożylnem wstrzykiwaniu roztworu czerwieni Kongo, oparta jest na spostrzeżeniu, że amyloid ma specjalne powinowactwo do czerw. kongo i wychwytuje ją z krążącej krwi, barwiąc się przytem przeżyciowo. U osobników, dotkniętych amyloidem, ubytek barwika wstrzykniętego wynosi w surowicy krwi od 40 do 100%; zjawiska tego nie spostrzega się u ludzi zdrowych oraz u dotkniętych innemi cierpieniami; tam ubytek po godzinie wynosi najwyżej do 29%. Wyjątek stanowią tylko chorzy, dotknięci nerczycą; u nich barwik również szybko znika ze krwi, ale wydziela się z moczem, czego nie widuje się u chorych skrobiawiczych. Pewne odchylenia widuje się też u chorych ze znaczną nieomogą serca lub marskością płuc, prowadzącą do znacznego zastojów w małym krążeniu. Mimo istniejącej skrobiawicy, próba może wypaść ujemnie z powodu zatrzymania barwika w obrębie małego krążenia. Również niektóre cierpienia układu krwiotwórczego, przebiegające z powiększeniem śledziony, mogą gmatwać wyniki próby, albowiem zastój krwi w śledzionie może spowodować zatrzymanie się tam barwika, mimo braku zmian skrobiawiczych.

Następnie prelegent przedstawia wyniki prób z czerwienią Kongo, uzyskanych przez niego na oddziale Prof. Semerau-Siemianowskiego.

Próbe tę zastosowano dotychczas u 19 chorych (w tem 11 na gruźlicę płuc, 4 na gruźlicę kości i 4 dotkniętych nerczycami niejasnego pochodzenia.) Próba wypadła dodatnio w 14 przypadkach, ujemnie w 5-ciu. Z wymienionych 19 chorych dziesięciu zmarło, przyczem 9 osób należało do grupy z wynikiem próby dodatnim i jedna z wynikiem ujemnym. We wszystkich dziesięciu przypadkach sekcja wykazała mniej lub bardziej rozległe zmiany skrobiowate, przyczem okazało się, że u chorej z wynikiem ujemnym próby Kongo, należało rezultat próby odnieść na karb zastoju w małym krążeniu, spowodowanego przez niedomogę serca i b. rozległe zmiany w płucach.

Na zasadzie własnego doświadczenia prelegent dochodzi do wniosków następujących:

1) Próba z czerwieni Kongo jest bardzo ważną, przytem łatwą, prostą i nieszkodliwą metodą o ogromnem znaczeniu rozpoznawczem, rokowniczem i nawet leczniczem.

2) Próba z cz. k. może posłużyć do potwierdzenia rozpoznania klinicznego w tych wszystkich przypadkach, w których zespół kliniczny przemawia za istnieniem amyloidu w narządach wewnętrznych.

3) Jako pomocnicza metoda w tych wszystkich przypadkach, w których dane badania obiektywne nie dostarczają dostatecznych podstaw do pewnego rozpoznania skrobiawicy, — próba z czerwieni Kongo może bardzo często przyczynić się do rozstrzygnięcia wątpliwości.

4) Próba z czerwieni Kongo ułatwia różniczkowanie pomiędzy nerczycą zwykłą a skrobiawicą nerek.

5) Czerwień Kongo może być używana do śledzenia postępu, względnie cofania się procesu skrobiawiczego i może się przyczynić do rozwiązania doniosłej wagi zagadnienia uleczalności skrobiawicy po usunięciu jej przyczyny.

8. W dyskusji zabrał głos:

Kol. St. H r o m (streszczenie własne).

Spostrzeżenia moje, przeprowadzone w II Klinice Chorób Wewnętrznych, dały wnioski niezgodne z wynikami Prelegenta. Ba-daniem 18 chorych (w tem 3 chorych ze skrobiawicą narządów, potwierdzoną sekcyjnie), zmierzając do urobienia metody kolorymetrycznej z czerwieni Kongo celem ujawnienia skrobiawicy. W każdym niemal przypadku występowała mniej lub więcej wybitna hemoliza krwi, która w następstwie dawała zabarwienie surowicy krwi, często wielokrotnie przewyższające natężenie zabarwienia, wprowadzonego dożylnie, roztworu czerwieni Kongo. Zaznaczyć muszę, że na stan hemolizy nie wpływały wyraźnie ani sposób wyjaławiania strzykawki do zabiegu (woda zwykła destylowana, roztwór fizjologiczny, alkohol), ani czas wstrzykiwania (nacczo czy po śniadaniu), ani środowisko roztworzonej czerwieni Kongo (woda destylowana, roztwór fizjologiczny) ani zachowanie się samej krwi chorego (surowica krwi, wydobytej nacczo w przeważnej większości przypadków nie wykazywała cech hemolitycznych.).

Jakkolwiek więc fakt, stwierdzony przez Bennholda, dotyczący się wybitnego powinowactwa mas skrobiowatych do czerwieni Kongo jest niezaprzeczalny, to mam wrażenie, że wnioski prelegenta są zbyt pochopne. Dowodem tego, że metoda wspomniana nie została uwieńczona powodzeniem, może posłużyć praca H. Weldenströma w 1927 r., który rozpoznawanie swe opierał na danych histopatologicznych z przyżyciowo nakłuwanych skrawków wątroby u ludzi.

Tu pozwolę sobie nadmienić, że niepowodzenia w określaniach kolorymetrycznych sprowadziły mnie na drogę badań Waldenströma. Specjalnie wykonanym przyrządkiem przerobiłem początkowo kilka zabiegów nakłucia wątroby na psach w Zakładzie Patologii U. W., poczem dla ustalenia dogodnego miejsca nakłucia, dokonałem szeregu zabiegów na zwłokach w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. W. i wreszcie za upoważnieniem Dyrektora Kliniki, prof. W. Orłowskiego, dokonałem nakłucia wątroby w znieczuleniu nowokainą u chorej zakażonej kiłą. Tą drogą uzyskałem skrawek tkanki wątrobowej. Chora powyższa zmarła po 6 tygodniach z powodu rozległej jamistej gruźlicy płuc, wątroba zaś w miejscu nakłucia wykazywała drobne pępkowate zaciągnięcia.

Ponawianie kilkakrotne próby klinicznej z czerwienią Kongo na tym samym chorym, projektowane przez Prelegenta, celem orjentowania się w stanie szerzenia się skrobiawicy, na podstawie wahania odczytywanych danych liczbowych na skali kolorymetru, może być nieścisle, jeśli się weźmie pod uwagę możność pozostawiania czerwieni Kongo w ustroju w ciągu dłuższego czasu, a więc i wolniejszego jej znikania ze krwi w powtarzanych wstrzykiwaniach.

Kol. W. Orłowski.

Wszelka próba, mogąca dopomóc do rozpoznania skrobiawicy, musi być powitana z zainteresowaniem; to też gdy zjawiała się próba Bennholda zaczęto ją przerabiać w klinice prof. Orłowskiego w Krakowie. Były to jednak przypadki skrobiawicy rozległej. Przypadki Prelegenta które doszły do sekcji, przy dodatnim wyniku próby, miały skrobiawicę również bardzo rozległą, nie wczesną, dlatego nie może Prelegent mówić na zasadzie swych badań, że omawiana metoda nadaje się do rozpoznawania wczesnej skrobiawicy. Mówca podkreśla, iż dr. Fidler, który również zajmował się tą próbą w II Klinice Wewnętrznej U. W., stwierdzał, że nie we wszystkich przypadkach próba jest wykonalna z powodu często występującej hemolizy. W poszczególnych przypadkach próba Bennholda może dać możność potwierdzenia rozpoznania skrobiawicy; nie jest jednak wystarczającą, i słusznie podkreśla kol. Hrom, iż poszukujemy nowych dróg. Próba nie jest wysmienita, skoro autor, zajmujący się skrobiawicą przez długi czas, rzuca tę próbę, prostą i bezpieczną, decydując się na nakłucie wątroby. Prof. Zenon Orłowski miał w Klinice wileńskiej przypadek, w którym po wstrzyknięciu czerwieni Kongo wystąpiła wysoka gorączka. W swojej praktyce mówca takiego przypadku nie ma.

Kol. S a w i c k i zaznacza, że nakłucie wątroby, czysto wykonane, jest bezpieczne. Należy jednak przedtem zbadać krzepliwość krwi, albo naświetlić śledzionę.

Kol. P r e l e g e n t wierzy, iż wczesne rozpoznanie skrobiawicy przy pomocy omawianej metody jest możliwe; dowieść tego prelegent nie mógł, gdyż rozporządzał materiałem skrobiawicy daleko posuniętej. Przyczyna zaburzeń po wstrzyknięciu czerwieni, tkwi prawdopodobnie w wadliwości samego barwika, lub w nieodpowiednim jego przygotowaniu.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 m. 40.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

## PROTOKÓŁ POSIEDZEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 11 marca 1930 roku**

Obecnych członków T-wa 36, gości 44. Pocz. o godz. 8-ej punkt.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 4 marca r. b. przyjęto bez poprawek.

2. Kol. Prezes odczytał biografię zmarłych członków Towarzystwa, skreśloną przez Sekretarza Stałego: ś. p. Antoniego Michałowskiego i ś. p. Witosława Dąbrowskiego.

Przed kilkoma tygodniami rozstał się z tym światem ś. p. A n t o n i M i c h a ł o w s k i, członek honorowy naszego Towarzystwa. Urodził się on w r. 1837 w majątku rodzinnym Kiepurany na Żmudzi, gimnazjum ukończył w Kownie, a Wydział Lekarski w Moskwie. Po ukończeniu Uniwersytetu osiadł w stronach rodzinnych. Za udział w powstaniu 1863 r. został zesłany do Gubernji Penzeńskiej, skąd po sześciu latach powrócił do kraju, jednakże bez prawa zamieszkania na Litwie. Praktykował początkowo w Warszawie, później w Radzyminie, a wreszcie w Żelichowie na Podlasiu, gdzie spędził 42 lata. Tu swą pracą, prawością charakteru, uczynnością zjednał sobie powszechne uznanie. Poza praktyką lekarską dużo czasu poświęcał pracy społecznej. Jako gorący propagator ruchu spółdzielczego, założył na miejscu szereg kooperatyw i należał do Komisji Spółdzielczej w Warszawie. Podczas wojny w r. 1915 przeniósł się do Otwocka, gdzie się już nie zajmował praktyką, lecz pracował społecznie. Jego staraniom u władz Okupacyjnych zawdzięcza Otwock wydzielenie go z gminy wiejskiej i zaliczenie do miast oraz przyznanie mu charakteru Uzdrowiska. Towarzystwo Lekarskie w Otwocku powołuje go na swego prezesa, a Towarzystwo Lekarskie Warszawskie mianuje w 1917 r. członkiem honorowym. Dodać należy, że ś. p. dr. An-

toni Michałowski ożeniony był z wnuczką generała Żymirskiego, który brał czynny udział w powstaniu 1831 r.

W dniu 5 marca r. b, zmarł członek czynny naszego Towarzystwa, ś. p. Witosław Dąbrowski. Urodzony w Warszawie, tu też ukończył gimnazjum, a następnie Wydział Lekarski w r. 1888. Bezpośrednio potem ś. p. Dąbrowski zapisuje się w poczet asystentów Teodora Dunina w szpitalu Dzieciątka Jezus. Podczas tych lat asystentury, ś. p. Dąbrowski ogłosił drukiem cztery prace. W roku 1897, po zdaniu konkursu, Dąbrowski otrzymuje stanowisko ordynatora w szpitalu Ś-go Stanisława, a w roku 1917 przenoszą go na stanowisko zarządzającego filją szpitala Dzieciątka Jezus przy ul. Złotej. W końcu 1920 r. Dąbrowski powraca do szpitala Ś-go Stanisława, jako naczelny lekarz tegoż. Na tem stanowisku pozostawał do śmierci, łożąc niemałe zasługi w rozwoju tego szpitala. Na ten okres czasu przypada rozszerzenie szpitala, drogą stawiania nowych budynków i przebudowywania starych. W tych pracach ś. p. Dąbrowski brał czynny udział, pilnie starając się o to, by szpital bardziej odpowiadał obecnym wymaganiom. Poza tem ś. p. Dąbrowski niemało pracy poświęcał i na innych polach społecznych. Od chwili powstania Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (r. 1906), ś. p. Dąbrowski był jego członkiem, od r. 1893 był członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Od r. 1893 ś. p. Dąbrowski należał do składu redakcji Gazety Lekarskiej, w której stale pomieszczał dane statystyczne o ruchu chorych zakaźnych w Warszawie. Najwięcej atoli swej pracy i starań ś. p. Dąbrowski poświęcał Towarzystwu Higijicznemu, do którego należał omal od początku jego powstania. W ciągu paru dziesiątków lat był członkiem zarządu tego T-wa, bezpośrednio pomocnikiem i Zastępcą D-ra Polaka, a po jego śmierci, przez parę lat ostatnich, prezesem Towarzystwa.

Drukiem Witosław Dąbrowski ogłosił:

- 1) O nieorganicznej niedostateczności zastawki dwudzielnej. Gaz. Lek. 1891.
- 2) Przypadek zwięzienia dolnego odcinka dwunastnicy. Gaz. Lek. 1892.
- 3) Dżuma. Warszawa 1897.
- 4) Drobnoustroje zimnicy. Warszawa. 1896.

Następnie kol. Prezes odczytał życiorys prof. Ireneusza Wierzejskiego, skreślony przez doc. A. Wojciechowskiego.

Ireneusz Wierzejski urodził się w Poznańskim w r. 1881. Syn małego majątnych rodziców borykał się od wczesnego dzieciństwa z trudnościami i był nawet zmuszony czas jakiś do przerwania studjum w gimnazjum i podjęcia pracy zarobkowej w fabryce, jako prosty robotnik. Czas spędzony, jako ślusarz, ceniał Zmarły bardzo, i słusznie, gdyż obok znajomości praktycznej mechaniki, która Mu później w Jego zawodzie okazała niezwykle usługi, zetknięcie się bliższe z ludem dało Mu umiejętność przemawiania doń nader przekonująco, z czego niejednokrotnie korzystał w późniejszym życiu politycznym i społecznym. Studja wyższe odbył na uniwersytetach w Gryfji, Wyrzburgu i Monachjum, gdzie też uzyskał doktorat w roku 1908. Po ukończeniu zo-

stał asystentem w Monachjum u Langego i zajmował się rentgenologją, wkrótce jednak poświęcił się ortopedji, przenosząc się jednocześnie do Berlina do Biesalskiego. Tego też profesora uważał za właściwego swego nauczyciela. W roku 1912 przenosi się W. do Poznania i tu udaje mu się, przy pomocy rodziny Gąsiorowskich, założyć zakład ortopedyczny, dziś Klinikę ortopedyczną U. P. Aczkolwiek, zewnętrznie rzecz biorąc, zakład ten jest fundacją Gąsiorowskich, jednak, niewątpliwie, powstanie jego jest zasługą przeważnie W., który swą umiejętnością jednania ludzi, przedstawiania niezbędności podobnej instytucji i zapalem przezwyciężył liczne przeszkody i doprowadził dzieło do końca. Zakład ten postawił W. odrazu na bardzo wysokim poziomie, bo kliniki, co musieli Mu przyznać nawet Niemcy, wśród których, mimo swej otwartej i wojującej polskości, Zmarły cieszył się poważaniem. Z chwilą też wybuchu wojny W. bierze czynny udział w oswobodzeniu Poznania, organizuje powstanie w Wielkopolsce, staje na czele Sanitarjatu. Później, niemniej czynny udział bierze w walkach o Górny Śląsk i zostaje weryfikowany w Wojsku Polskiem w stopniu generała-lekarza. Wkrótce potem zostaje habilitowany, jako docent i rozpoczyna wykłady z dziedziny ortopedji. W roku 1924 zostaje profesorem i dyrektorem kliniki ortopedycznej.

Już w czasach studenckich W. bierze nader czynny udział w życiu społeczno-narodowem. Podczas powstawania Państwa Polskiego, a zwłaszcza jego zachodnich połaci, niema rzeczy, przy którejby W. nie współdziałał czynnie. Lecz i później nie usuwał się od życia politycznego, odgrywając wybitną rolę w N. P. R. i, wreszcie, wchodząc w r. 1926 do Senatu Rzplitej. Poza tem Zmarły do ostatnich chwil przyjmował czynny udział w formacjach wojskowych, zwłaszcza w Federacji Obrońców Ojczyzny.

Niepospolity talent organizacyjny i ogromną energję W. wykazał w wielu dziedzinach, lecz w jednej, sercu Jego najbliższej, nie dano Mu było ujrzeć urzeczywistnienia Jego dążeń, mianowicie w kierunku stworzenia i organizacji opieki nad kalekami i ułomnymi. Powalony chorobą, przykuty do łóżka, usiłował jeszcze W. pchnąć tę sprawę naprzód i nie szczędził sił, aby zainteresować i przedstawić konieczność zorganizowania tej opieki.

Dorotek naukowy W. jest bardzo obfity i nawskroś oryginalny. Zmarły nie ogłosił ani jednej pracy, w której nie byłoby albo nowej metody postępowania albo zupełnie nowego i zawsze należycie faktami i badaniami popartego poglądu na istotę bocznych skrzywień kręgosłupa i t. d. W. pozostawił coś jeszcze cenniejszego, niż prace, bo pozostawił po sobie w Poznaniu szkołę, tak silnie ugruntowaną i tak w wykwalifikowane jednostki bogatą, że mimo Jego zgonu, ortopedja polska potoczy się dalej w nadanym przez Niego kierunku, ześrodkowując się wokoło stworzonego przez Niego Towarzystwa Ortopedów Polskich i organu tego Towarzystwa.

3. Kol. Prezes wylicza tytuły prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

Dąbrowski K. O torako-laparoskopji. Odb. Medyc. Warsz. 1929.

Półtorzycka i Wąsowicz. Krwotok śmiertelny gardłem z żyłaków przełyku w guzkowatym wieloogniskowym przeroście wątroby. Odb. Medyc. Warsz. 1929.

Mikułowski. O problemie profilaksji zakaźnej w pedjatrii.

Bychowski G. Psychoanaliza. Lwów. 1926.

Mikułowski. Przypadek choroby Gee'a, czyli t. zw. coeliakji. 1930.

Mikułowski. Sur la pleurésie coquelucheuse. 1929.

Berdo. O stałej Ambarda i próbie fenolsuftaleinowej w gruźlicy płuc 1930.

Projekt zrealizowania współpracy w zakresie walki z gruźlicą w Polsce. 1930.

Stein. O tworach żółciakowych (xanthomata). 1930.

Wąsowicz. O stosunku wzajemnym ciśnienia tętniczego i lepkości krwi, oraz wydajności moczu (stała Martineta) w świetle badań klinicznych. 1929.

Handelsman. Accès de délire periodique avec exhalation d'une odeur fétide (foetoroekresis) dans un cas d'encephalite épidémique. 1929.

Dąbrowski K. i Sobocińska W. i Piasecki J. O wyrwaniu nerwu przeponowego w gruźlicy płuc i rozstrzeni oskrzeli. 1929.

Dąbrowski K. i Kruszevska W. Leczenie gruźlicy płuc tiosiarczanem złota i sodu. 1929.

Kruszevska i Werkenthinówna. Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy zeszczególnem uwzględnieniem badania rentgenologicznego. 1929.

Choroby przewodu pokarmowego. Zeszyt IV. 1929.

Przegląd Towarzystwa Wiedzy Wojskowej. R. 1929 Nr. 7—12.

4. Kol. Włodzimierz Mikułowski przedstawia:

Przypadek astenji kiłowej u chłopca 6-cio letniego (streszczenie własne).

Tomasz K. przybył 30 stycznia b. r. do szpitala, w 6 tygodni po przebytej ospie wietrznej, z powodu gorączki, bólów mięśniowych i skłonności do zmęczenia, które uniemożliwiają dziecku chodzenie. Wywiady stwierdzają 1 ciążę bliźniaczą. Podobnie jak 2 rodzeństwa, chory przedstawia szereg stygmatów kiłowych, przy silnie dodatnim odczynie Wassermanna. Temperaturze 38° towarzyszy powiększenie śledziony. Badanie nerwowe stwierdza obniżenie napięcia mięśniowego i chód, utykający raz na lewo, raz na prawo (bez objawów mózdkowych lub rdzeniowych) z utrzymanymi odruchami ścięgnistymi. Stan płynu mózgowego i krwi normalny. Posiewy krwi ujemne. W 9 dni po zastosowaniu leczenia przeciwikiłowego 1,5 gr. szaruchy i 0,5 gr. Eparsenu (co trzeci dzień) wystąpiła 3 dniowa hipertemja do 40°, której

towarzyszyły: leukopenja 3.000 leukocytów, skąpe moczenie i większy obrzęk śledziony. Nie przerywano kuracji, ale zastosowano, przeciwnie, podanie większej dawki (1 cm.<sup>3</sup>) Eparsenu. Nazajutrz spadek gorączki do stanu prawidłowego i następne obfitsze moczenie oraz powrót do normalnej leukocytozy i cofnięcie się obrzęku śledziony. W ciągu najbliższych 2 tygo ni przybytek 2 kg. wagi i przy normalnej ciepłocie zupełna rekonwalescencja.

Prelegent porusza: 1) zagadnienie kiły urazowej pod wpływem urazu ospy wietrznej t. j. obudzenie kiły w postaci amyastenji (Turries) t. zw. astenji mięśniowej gorączkowej z obrzękiem śledziony.

2) Zagadnienie konfliktu leczniczego kiły t. j. ważność stosowania nie za małych dawek leczniczych arsenobenzolu, stosownie do dawnych wskazań Ehrlicha i współczesnych dezyderatów Miliana.

5. Kol. Weingott przedstawia:

Przypadek *blepharochalasis*, leczony operacyjnie (streszcz. wł.).

Operacja została wykonana, sposobem Gołowina, w sposób następujący: wycięto część skóry długości ok. 4 cm., szerokości 1 cm.; wycięto część środkową *fasciae tarso-orbitalis*; oddzielono gruczoł łzowy od otoczenia; przyszyto gruczoł do okostnej oczodołu (szwy katgutowe); nałożono katgutowy szew okrężny na pozostałą część *fasciae tarso-orbitalis*; nałożono szwy skórne. Rana, jak widać, zagojona *per primam*; kosmetycznie wynik bardzo dobry.

O *blepharochalasis* w polskiej literaturze okulistycznej istnieje praca Ruszkowskiego; Dr. Ruszkowski w przypadkach *blepharochalasis* gruczoł łzowy usuwa całkowicie.

6. Kol. Melanowski przedstawia:

chorą, wyleczoną drogą operacji wg. Sourdille'a z powodu odwarstwienia siatkówki. (streszczenie własne).

Chora 34-letnia, O. B. od maja 1925 roku zaczęła widzieć gorzej na oko prawe i w ciągu trzech dni zaniewidziała na to oko, wskutek odwarstwienia siatkówki. Po dokonaniu dwukrotnego zabiegu w Klinice Uniwer. innego miasta, w ciągu dwóch tygodni widziała, potem znów zaniewidziała ostatecznie na to oko, a od 3-ich lat nie widzi na to oko nawet światła, soczewka zaś tego oka zmętniała zupełnie.

10 października 1929 r. wieczorem zaczęła widzieć wężyki lśniące przed okiem lewym a potem zaczęła źle widzieć od góry. W klinice ocznej U.W. przy przyjęciu dn. 28.X.29 stwierdzono w oku lewym widzenie upośledzone do 1/20, oko lewe miało napięcie 20 mm. i w dolnych częściach siatkówki, badanie wykazało odwarstwienie siatkówki od dołu. Pole widzenia 31.X wykazuje koncentryczne zwężenie siatkówki, szczególnie od góry, do 30° zamiast 55°, wraz z szeregiem przerw względnych od góry.

Chora była leczona leżeniem, opaską uciskową, zastrzykami śródżylnymi wapnia i glukozy, a widzenie wciąż się utrzymywało do 1/5 pomimo to, że odwarstwienie od dołu wciąż trwało. To

też dnia 22.I.30 roku, w znieczuleniu miejscowym, dokonano zabiegu w/g Sourdille t.j. nakłucia twardówki i siatkówki i zastrzyknięciu w okolicę przyległą w torebkę Tenona. Chora dalej miesiąc leżała a obecnie od dłuższego czasu chodzi, czyta i pomimo to odwarstwienia niema. Pole widzenia prawidłowe, adaptacja siatkówki prawidłowa, ostrość wzroku  $1/5$  i chora czyta swobodnie najdrobniejszy druk.

#### Przypadek II.

Zez rozbieżny wyleczony operacyjnie (streszcz. wł.).

P. P. J., lat 20, mająca w oku prawem krótkowzroczność — 5 D, w lewym — 2.0 D z zupełną, po korekcji, poprawą wzroku obu. oczu, zwróciła się do Kliniki ocznej U.W. 5 lutego z powodu zezu rozbieżnego  $30^\circ$ , głównie dotyczącego oka lewego.

5.II.1930 r. była przezemnie operowana według sposobu, stosowanego już od dłuższego czasu w naszej klinice. Istota zabiegu polega na przykróceniu odpowiedniego mięśnia oka, zapomocą zeszyca, po wycięciu kawałka ścięgna. Jest to jeden ze starych zabiegów, bo około 1874 roku zaproponowany przez Noyes i Vieusse, jednak dopiero w czasach ostatnich od Plessy (1924), zaczęto stosować dawkowanie tego wycięcia, przyjmując pod uwagę, że każdym  $5^\circ$  zezu odpowiada 1 mm. wycięcia ścięgna i do ogólnej ilości Plessy radzi jeszcze dodać 2 mm. Tą drogą idąc, można uzyskać dobry wynik zabiegu.

7. Kol. Janina Misiewicz wygłosiła odczyt p. t.

„Postacie przesączalne zarazka gruźliczego” (streszczenie własne).

Referat niniejszy nie jest sprawozdaniem z prac własnych.— obejmuje jedynie streszczenie dotychczasowych badań różnych autorów na ten temat. Badania nad przesączami materiału gruźliczego rozpoczął już w r. 1910 Fontès. Stwierdził on, że przesącze ropy gruźliczej, zastrzyknięte pod skórę śwince morskiej, nie wywołują gruźlicy, jednak zakażenie następnej serii świnek miazgą z narządów świnek pierwszej serii, powodują w wyniku powstanie gruźlicy typowej. Dalsze badania, podjęte już po wojnie, pozwoliły ustalić, co następuje: przesącze gruźlicze, to znaczy przesącze ropy gruźliczej, miazgi narządów gruźliczo zmienionych, lub przesącze szczepów gruźliczych nie wywołują zwykle u świnek typowych zmian gruźliczych w narządach wewnętrznych.

Badania szczegółowe wykazały jednak, że w gruczołach chłonnych zwierząt, szczepionych przesączami gruźliczymi można wykryć obecność prątków kwasoodpornych, pomimo braku zmian anatomicznych w tych gruczołach. Miazga takich gruczołów wywołuje w następnej serii świnek typową, śmiertelną gruźlicę.

Odczyn skórny na starą tuberkulinę u zwierząt, zakażanych przesączami, wypada różnie. Niektórzy badacze, jak np. Arloing i Dufourt, twierdzą, że zarówno termin występowania odczynu na tuberkulinę, jak i długość okresu, w którym odczyn jest dodatni, zależy dość ściśle od dawki i zjadliwości przesączu, użytego do zakażenia zwierzęcia; w przypadkach, w których zastrzykiwano świnkom przesącz o zjadliwości osłabionej przez działanie prądu elektrycz-

nego lub promieni pozafajkowych, odczyn na tuberkulinę zjawiał się b. późno i można go było stwierdzić tylko przez b. krótki okres czasu. Znaczenie badań nad przesączami gruźliczymi kryje się w tym fakcie, że większość badaczy wiąże zagadnienie przypuszczalnej postaci przesączalnej zarazka gruźliczego z zagadnieniem gruźlicy wrodzonej. Stosunek wzajemny tych dwu zagadnień starają się wyświełcić Calmette i inni. Świnki kotne zostają zakażone przesączem gruźliczym, po 20–25 dniach bada się płody lub małe wnet po przyjsiu na świat: w gruczołach chłonnym tego potomstwa wykrywa się prątki kwasoodporne, a miazgaty chłonnym, zastrzyknięta innym świnkom, powoduje gruźlicę typową.

Próby te stanowią przejście do analogicznych badań gruczołom chłonnym płodów i dzieci matek gruźliczych. Badania podjęte w r. 1926, trwają dotąd i dają wyniki zgoła rewelacyjne, bowiem Calmette i jego współpracownicy, conajmniej w 70% przypadków, znajdują prątki kwasoodporne w gruczołach chłonnym płodów i niemowląt, dzieci kobiet gruźliczych. Nadmienić należy, że cały materiał badany dotyczy płodów i dzieci, nie zdradzających żadnych zmian anatomicznych w narządach, dzieci zmarłych bądź to na skutek ostrych chorób zakaźnych, bądź to postępującego wyniszczenia z tymi lub innymi objawami zaburzeń trawiennych, bądź wreszcie — są to niemowlęta, zmarłe w zupełnym zdrowiu np. na skutek upadku, przejechania i t. p. Matki tych dzieci bynajmniej nie były ciężko chore na gruźlicę, przeważnie chodziło u nich o dyskretne zmiany szczytowe.

Obok tego przeprowadzono (Slobosiano, Nelis) badanie odczynu skórnoego na przesącz gruźliczy u dzieci. Stwierdzono, że odczyn taki nie zawsze idzie w parze z odczynem na tuberkulinę, często niemowlęta, reagujące na przesącz, nie reagują na tuberkulinę. Badania nad przesączami gruźliczymi, zdaniem Calmette'a i jego szkoły, zdają się przemawiać za tem, że zakażenie w życiu płodowem może się zdarzać znacznie częściej, niż przypuszczano dotąd, a to dlatego, iż zakażenie to może być umiejscowione jedynie w gruczołach chłonnym, nie pociągając za sobą żadnych zmian anatomicznych, do poszukiwania których byliśmy dotąd przyzwyczajeni. Zadając sobie pytanie: czy wobec przypuszczenia, że wielka liczba dzieci matek gruźliczych uległa już w życiu płodowem zakażeniu postacią przesączalną zarazka gruźliczego, należy jednak chronić dzieci te, po urodzeniu, przed zakażeniem dodatkowem przez prątek Kocha, — odpowiada Calmette twierdząco. Nie ulega bowiem wątpliwości fakt, iż najbardziej groźnym dla dzieci jest zawsze zakażenie dodatkowe prątkiem gruźliczym zwykłym, a zatem ochrona dzieci przed zakażeniem dodatkowem pozostaje nadal jedną z naczelnym tez współczesnej walki z gruźlicą. Na końcu prelegentka zwraca uwagę na brak polskiego odpowiednika do słów „ultravirus tuberculeux” francuzów: określenie „postać przesączalna zarazka gruźliczego”, jest nadmiernie długie wielosłowne, zaś wyrażenie „przesącz gruźliczy” nie jest ścisłe, albowiem chodzi tu nie o przesącz in toto, ale o jedną określoną część składową przesączu gruźliczego — ultravirus gruźliczy.

## 8. Dyskusja.

Kol. H. Landau zapytuje o sposób działania prądu wysokiego i niskiego napięcia na przesącz.

Kol. Mańkowski nie zgadza się z porównaniem łożyska matki do sączka porcelanowego; w krążeniu łożyska brak jest tej różnicy ciśnień, jaka warunkuje przesączanie się cieczy przez sączek porcelanowy. Poza tem w budowie łożyska są warunki niedopuszczające do przekazania zakażenia: istniejąca, nawet w najdrobniejszych rozgałęzieniach, warstwa nabłonka Langhansa, być może, sama wystarcza do zatrzymywania prątków; oprócz tego jest jeszcze syncycjum i warstwa mezenchymy, posiadająca znaczną siłę przeciwbakteryjną. Wreszcie w rozgałęzieniach łożyska są naczynia ustroju dziecięcego, które posiadają śródbłonek, będący częścią układu siateczkowo-śródbłonkowego, który może zatem wchłaniać różne postaci zarazka i nie dopuszczać do przekazania zakażenia. Samo, zresztą, stwierdzenie prątków nie przesądza, iż są to prątki Kocha, mogą to być bowiem inne gatunki drobnoustrojów kwasoodpornych. Nawet gdybyśmy zgodzili się na przechodzenie postaci przesączalnych przez łożysko, to nie mamy jeszcze prawa do usunięcia zapobiegania, dziecko musi być oddalone od gospodarza prątków, którym jest matka.

Kol. Roguski wyjaśnia, iż autorowie, zajmujący się badaniami postaci przesączalnych zarazka gruźliczego, nie zadawali się wyłącznie wstrzykiwaniem przysączu gruźliczego świnkom. Wykonywali oni bowiem szczepienia powtórne materiału, pochodzącego od świnek zakażonych przesączem i otrzymywali typowe zmiany gruźlicze, charakterystyczne dla postaci doskonałych prątków gruźliczych; posiewy następnych pokoleń szczepiennych dawały wzrost na pożywkach, charakterystyczny dla gruźlicy.

Kol. W. Orłowski podkreśla, że wszystkie te nowoczesne badania nie zmieniają poglądu co do konieczności izolowania dzieci od chorej matki.

Odpowiedź kol. Misiewicz (streszczenie własne).

W odpowiedzi kol. Landauowi. W badaniach Arlonga i Dufourt'a, działaniu prądu elektrycznego były poddawane przesącze, nie zaś zawiesina prątków gruźliczych przed sączeniem.

W odpowiedzi prof. Mańkowskiemu.

Złożona budowa anatomiczna łożyska nie stanowi argumentu niezbitego przeciwko możliwości zakażenia płodu przez matkę: opisano szereg przypadków rozwiniętej gruźlicy zarówno w płucach płodu, jak i noworodków a również dla krętka bladego, bez wątpienia łożysko nie jest zaporą nie do przebycia. Co się tyczy zachwiania, zdaniem prof. M., tezy, głoszącej bezwzględną konieczność ochrony dziecka przed zakażeniem dodatkowym, to prelegentka z całym naciskiem podkreślała, że teza ta z niczem dotąd nie uległa zmianie i pozostaje nadal niezachwianą.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 5.

Prezes: Witold Orłowski

Sekretarz Doroczny: Jan Roguski

**PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO****z dnia 18 marca 1930 roku.**

Pocz. o godz. 8-ej punkt. Obecnych członków T-wa 62. gości 45.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 11 marca przyjęto bez zmian.

2. Koledzy Jerzy Modrakowski i Emil Lejko wygłosili odczyt p. t.

„Tonus serca i działanie na niego środków farmakologicznych” (streszczenie własne).

Starling dowiódł, że w preparacie sercowo-płucnym używanie tlenu przez włókna mięśniowe serca, dostarczające energii skurczowej, stoi w bezpośrednim, prostym stosunku do długości tych włókien. Na tej podstawie można stosunek energii mechanicznej do całkowitej energii wyzwolonej, oznaczonej przez używanie tlenu, określić jako tonus serca. Wobec tego, jeżeli tę samą pracę wykonywa serce raz o mniejszej, drugi raz o większej objętości rozkurczowej, sprawność mechaniczna t. j. tonus w pierwszym wypadku jest lepszy.

Na tej podstawie prawdziwe „cardiotonica” winny zmniejszać objętość rozkurczową, przy której serce wykonywa, na preparacie Starlinga, raz mu zadana, wciąż jednakową pracę, w warunkach ustalonych i niezmiennych podczas całego doświadczenia.

Przy stosowaniu tego ścisłego probierza okazało się, że tonus serca poprawiają: glikozydy naparstnicy, po okresie utajonym, trwającym 15 od 30 minut, na długi czas; kofeina również działa dodatnio na tonus serca i to natychmiast, choć na krótko, lecz działanie to może być często powtarzane. Adrenalina poprawia tonus bardzo szybko, efedryna i efetonina nieco wolniej, zato znacznie dłużej od adrenaliny. Na tej podstawie środki te muszą być uznane za najlepsze cardiotonica obecnie znane.

Kamfora, hekseton i, w nieco większych dawkach, także koramina rozszerzają serce i obniżają tonus, nie mogą więc być nadal polecane, jako cardiotonica. Tak samo odpada kardiazol, który zgoła nie ma obwodowego działania na serce.

Z innych środków, nie uchodzących za cardiotonica, nie działają na tonus serca azotyn amyłowy, podczas gdy azotyn sodowy i chinidyna obniżają go. Małe dawki insuliny poprawiają tonus na długi czas, lecz działanie to nie daje się powtarzać na tem samym sercu, zapomocą ponownego zadania tego hormonu.

Rozszerzenie naczyń wieńcowych, a więc lepsze odżywienie serca, nie jest jedynym, miarodajnym czynnikiem, decydującym o dodatnim lub ujemnym działaniu badanych środków na tonus serca.

### 3. W dyskusji

Kol. W. Orłowski zaznacza, iż w II Klinice Chorób Wewnętrznych od paru lat były przeprowadzane badania nad wartością działania środków sercowych na niewydolność krążenia sercowego pochodzenia. Badania, przeprowadzone

przez dr. Fidlera i Goreckiego, niezależnie od siebie, nad koraminą i kardjazolem oraz kofeiną i naparstnicą, dały wyniki niezachęcające do stosowania nowych środków syntetycznych. Podawanie 5 cm. koraminy dawało wynik taki, jak podawanie roztworu fizjologicznego. Kol. Orłowski nie utrzymuje, że środki te nie działają na niewydolność pochodzenia obwodowego, stwierdza jednak, że ani koramina, ani kardjazol nie wpływają na szerokość naczyń na preparacie Trendelenburga. Jeżeli mają jakiś wpływ na naczynia, to tylko przez ośrodek naczynioruchomy.

Adrenalinę w klinice stosujemy w nagłych przypadkach wprost do serca. Kol. O. przytacza przypadek z Kliniki krakowskiej, w którym po wstrzyknięciu adrenaliny chorej, będącej w agonii, otrzymano wynik bardzo wybitny; chora żyła jeszcze w ciągu miesiąca.

Kol. Moczański stosował w swej pracy doświadczalnej na psach kamforę i adrenalinę. Adrenalina dawała wyniki bardzo dobre, podczas gdy kamfora pozostawała bez wpływu.

4. Kol. E. Apfelbaum wygłosił odczyt p. t.

„Patogeneza i toksykologia niedokrwistości złośliwej w świetle nowych badań“.  
(Streszczenie własne).

Wymieniane do niedawna czynniki etiologiczne w powstawaniu n. z. (kiła, brzośdogłowiec, nowotwory) mało są dziś brane w rachubę ze względu na ich rzadkość.

Badania ostatniego 5-lecia pogłębiły znacznie zagadnienie patogenety n. z. Początkowo nadano im kierunek bakterjologiczny, zwracając szczególną uwagę na obecność prątków okrężnicy w żołądku, w górnych odcinkach jelit cienkich ludzi, chorych na n. z. Badania dalsze wykazać miały wybitne hemolityczne właściwości, hodowanych z żołądka, prątków. Według niektórych autorów, ustrój ma wykazywać, na szczycie choroby, brak swoistych przeciwciał w stosunku do prątka okrężnicy, przeciwciał tych jednakże dotychczas wogóle nie znaleziono. Prawdopodobnie prątek okrężnicy nie jest czynnikiem swoistym, ale dodatkowym, mającym wpływ na czynność wydzielniczą i hormonalną żołądka oraz na rozkład i wchłanianie produktów przemiany białkowej. Obok prątka okrężnicy są obecne w górnych odcinkach przewodu pokarmowego laseczniki Welchi, które jakoby również posiadają właściwości wybitnie hemolityczne; badania w tym zakresie nie są jednak daleko posunięte. Znalezione przez Schillinga, swoiste dla n. z., wewnątrzkrwinkowe twory t. zw. erytrokonty mogą być, według autora, bakteryjnego pochodzenia. Najprawdopodobniej jednak jest to patologiczna wielobarwność zatrutych kwinek.

Naogół nie mamy dziś prawa twierdzić, że n. z., jest pochodzenia bakteryjnego. Obecność flory bakteryjnej w żołądku nie stanowi czynnika swoistego, jej wędrowka z dolnych odcinków przewodu pokarmowego w górę jest ułatwiona z powodu braku kwasu solnego w żołądku. Dotychczasowe niepewne wyniki prac bakterjologicznych nadały dalszym badaniom kierunek biochemi-

czny. Ostatnio zwrócono uwagę na ważną rolę bezsoku żołądkowego w powstawaniu n.z. Mięso, poddane działaniu treści żołądkowej człowieka zdrowego nabiera właściwości leczniczych w tej chorobie. Podobnie ma działać wysuszony żołądek świński, zastępujący brak, u chorych, śluzówki żołądka. Jest prawdopodobne, że bezsok żołądkowy uniemożliwia chorym produkcję przez wątrobę hormonów, wpływających bodźcotwórczo na szpik kostny, muszą one bowiem być, przypuszczalnie, aktywowane przez normalną zawartość żołądka. Podawana leczniczo wątroba zawiera prawdopodobnie te hormony, zastępując nieczynną, chorą wątrobę.

Jest wątpliwe, aby podawana wątroba działała wyłącznie, jako zbiornik witaminowy, gdyż awitaminowa teoria n. z. nastręcza wiele wątpliwości, np.: 1) djeta witaminowa nie doprowadza do zwolnienia (remisji), 2) choroby awitaminowe wywołują inny typ niedokrwistości i t. d. Awitaminoza, podobnie jak flora bakteryjna, może być jedynie czynnikiem dodatkowym, sprzyjając zanikowi śluzówki żołądka jelit, a tem samem ułatwiając przedostawanie się jadów do ustroju.

Badania nad dysfunkcją wątroby, w zakresie nieprawidłowej przemiany białkowej, są tak skąpe i niepełne, że nie upoważniają nas do żadnych przypuszczeń w tym zakresie. Niewiadomo jest dziś zupełnie, skąd czerpie ustrój materiał budulcowy dla tworzących się krwinek.

Niezawodnie czynnik konstytucyjny odgrywa, bodajże, najwybitniejszą rolę w powstaniu n. z. Przypuszczalnie już zarodkowo zostaje upośledzony szpik kostny i śluzówka żołądka, ulegająca, wraz ze śluzówką jelit, zanikowi jeszcze przed powstaniem choroby. Ta okoliczność ułatwia jadom przedostanie się przez wątrobę do krwioobiegu a stąd do szpiku, co powoduje jego przewlekłe zatrucie i zniekształcenie czynności.

Szpik kostny, konstytucyjnie upośledzony, pozbawiony działania hormonów bodźcotwórczych, wreszcie stale zatrutowany, produkuje krwinki mniej wartościowe, ulegające łatwiejszemu rozpadowi, wskutek krążących na obwodzie jadów.

5. W dyskusji zabierał głos kol. A. F r e y d (streszczenie własne).

Gorączka peruwańska (*febris del Oroya*) panuje wyłącznie na zachodnich skłonach Kordyljerów, w źle przewietrzanych dolinach, przyczem infekcji tej nie spotyka się nigdy na wysokościach poniżej 700 mtr. nad poziomem morza. Co do czynnika wywołującego, ścierają się trzy poglądy: badacze północno-amerykańscy uważają za zarazek swoisty — *bacillus Bartoni*, autorowie miejscowi zgadzają się na powyższą teorię, uważają jednak, że jest to nie drobnoustrój, ale pierwotniak, nazwany przez nich *Bartonella bacilliformis* (spokrewniona z *Anaplasma* i z *Grahamella*). Wreszcie część autorów francuskich opowiada się za zarazkiem przesączalnym. Zakażenie ma przenosić się wyłącznie w porze nocnej przez owady (*Phlebotomus verrucarum* i *Phalangomyia debilis*). Gorączka peruwańska już po paru dniach wywołuje bardzo silną niedokrwistość

(dość często liczba krwinek czerwonych spada do 500.000) jednak, przeważnie, nie posiada cech niedokrwistości złośliwej (wskaźnik barwny nie większy od jedności, neutrofilja 80—85%).

W paryskim laboratorium parazytologii podawano wyciągi z żywych tęgoryjczyków dwunastnicy i otrzymywano bądź klasyczny obraz niedokrwistości złośliwej, bądź też niedokrwistość niedobarwną (liczba krwinek czerwonych niezmieniona przy znacznym obniżeniu % hemoglobiny).

Niedokrwistość przy beri-beri występuje niestale, zależnie od postaci choroby. Własne obserwacje kol. F. odmiany „sercowej” beri-beri wykazywały prawie z reguły liczbę krwinek czerwonych poniżej 2 milionów. Przy postaci „nerwowej” schorzenia — większych zmian we krwi nie znajdowano.

Posiedzenie zamknięto o godz. 9 m. 25.

Prezes: *Witold Orłowski*

Sekretarz Doroczny: *Jan Roguski*

---

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 1 Kwietnia 1930 r.**

Początek o godzinie 8 punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa 46, wprowadzonych gości 70.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 18 marca r. b. przyjęto bez zmian.

2. Kol. Dębicki przedstawił

dwa przypadki nowotworu pęcherzyka żółciowego z przerzutami do poprzecznicy (streszczenie własne).

Przypadki które pokrótce omówię, dotyczą schorzenia pęcherzyka, względnie rzadko spotykanego. Są one ciekawe i w swym przebiegu klinicznym i w obrazie anatomo-patologicznym.

1) Kobieta lat 63, przybyła na 1-szy oddział chirurgiczny Szpitala Przemienienia Pańskiego (D-ra B. Jakimiaka) 14 stycznia 1930 r. Przed miesiącem leżała na sali wewnętrznej z objawami kolki pęcherzykowej. Na zabieg wówczas nie zgodziła się. Przed trzema dniami dostała wymiotów kałowych i dużych bólów. Od czasu pobytu na sali wewnętrznej zauważyła, że wypróżnienia stały się coraz radsze. Zaczęła chudnąć, tracić siły i apetyt.

Przy badaniu stwierdziliśmy w dniu przybycia chorej do szpitala, objawy niedrożności i obecność guza w śródbrzuszu po stronie prawej. Przy żywszej perystaltyce jelitowej, guz zniknął. Po zastosowaniu lewatywy—wypróżnienie.

Stan ogólny niezły utrzymywał się przez sześć dni. W siódmym dniu pobytu objawy niedrożności wystąpiły ponownie, znacznie wyraźniej. Stan ogólny chorej pogorszył się. Lewatywa nie dała rezultatu.

Natychmiast przystąpiono do zabiegu. W znieczuleniu miejscowym otwarto jamę brzuszną z cięcia pośrodkowego. Stwierdziliśmy wzdęcie jelit cienkich, kątnicy, wstępnicy i części poprzeczniczy do poziomu zetknięcia się jej z guzem. Guz wychodził z woreczka żółciowego, pozostawał w łączności z odźwiernikiem żołądka, dawał zupełne zamknięcie światła poprzeczniczy. Na dotyk twardy, czynił wrażenie obecności w nim kamienia. Dalsze części okrężnicy wiotkie.

Wobec ciężkiego stanu chorej, ograniczyliśmy się do założenia odbytu sztucznego na kątnicy w okolicy prawego dolnego kwadranta.

Pomimo wykluczenia przeszkody stan chorej pogarszał się z dnia na dzień, (wyniszczenie, brak apetytu). Chora zmarła dnia 26 lutego 1930 roku.

Na sekcji (Dr. Dąbrowska) stwierdzono: *Cholecystitis calculosa chronica in carcinoma vertens ad colon. transv. et hepatem progrediens, subsequente stenosi colonis et pylori. Pericholecystitis adhaesiva. Carcinosis peritonei.* (Inne zmiany pominięto).

Badanie mikroskopowe wykazało utkanie, charakterystyczne dla gruczolaka-raka o bardzo silnie barwiących się jądrach. Nasuwały się tu duże trudności w określeniu punktu wyjścia: poprzecznicza — czy woreczek.

2) Drugi przypadek dotyczy kobiety lat 69, która przybyła na oddział w dniu 7 marca b. r. ze skargami na stałe wymioty, występujące w kilkanaście godzin po jedzeniu. Zauważyła też od paru miesięcy w nadbrzuszu guz, wielkości mandarynki. Przed rokiem miała dolegliwości żołądkowe, brak apetytu, odbijania, czasem nudności. Żółtaczkę ani napadów kolki nie miała. Była badaną wówczas na oddziale wewnętrznym, zmian organicznych nie wykryto. Obecnie przy badaniu stwierdziliśmy w nadbrzuszu, nieco wprawo od linii środkowej, guz wielkości dużej mandarynki, dość znacznej spistości, niebolesny, przesuwalny na boki i ku górze. Pluskanie żołądkowe. (Pomijam inne szczegóły).

10 marca 1930 r. w znieczuleniu miejscowym otwarto jamę brzuszną w nadbrzuszu z cięcia pośrodkowego. Stwierdzono guz, wychodzący z pęcherzyka żółciowego, całkowicie przykrywającego odźwiernik, w zrostach z nim i siecią, dalej przerastający ścianę poprzeczniczy. Wątroba, dookoła guza, czyni wrażenie zmienionej bliznowato. Guz pęcherzyka wydzielono na ostro od strony łożyska wątrobianego, przecięto przewód pęcherzowy, sprawdzono drożność przewodu wspólnego. Następnie wprowadziliśmy zgłębnik do światła pęcherzyka i, ku zdumieniu, znaleźliśmy łączność jego ze światłem poprzeczniczy. To miejsce przejścia resekowano klinowo, zaszywając następnie ścianę jelita dwupiętrowym szwem. W świetle pęcherzyka znaleźliśmy parę kamieni.

Badanie mikroskopowe wykazało utkanie charakterystyczne dla gruczolako-raka z przejściem na poprzeczną.

Chiray i Pavel w swej monografii „*La vesicule biliaire*” cytują statystykę sekcijną Kaufmana, według której raki pęcherzykowe stanowią 5% ogólnej sumy raków innych trzew. Heller w dziele „*Die Chirurgie*” podaje cyfrę niższą (3,5%). Jeżeli chodzi o odsetek raka u chorych „żółciowych”, to cyfry wykazują tu bardzo duże wachania. Mayo, Riedel, Moynihan określają na 5%. Mac Carty (1919) 0,5%, a ostatnio Baumgartner na 0,3%. Obecność kamieni w pęcherzyku ze zmianami nowotworowymi, Futter i Habermfeld stwierdził w 70%, Courvoisier w 19%, Janowski w 100%, wzmiankowany autor amerykański również 100%. Statystyka ta zasługuje na uwagę ze względu na liczbę przypadków, 4575 zbadanych pęcherzyków, usuniętych operacyjnie.

Autor ten uważa za najczęstszą postać nowotworu: — raki zwykłe, potem gruczolako-raki, nabłoniaki o typie kom. łuskowatych, brodawczako-raki, a rzadko bardzo mięsaki. Najczęstszym punktem wyjścia bywa dno pęcherzyka, w którym normalnie brak utkania gruczolowego.

Klinicznie stara się dzielić na trzy grupy:

I) O łagodnym przebiegu schorzenia dróg żółciowych.

II) Długotrwały okres kolek z krótkotrwałym, końcowym brakiem apetytu, spadkiem na wadze i stałymi bólami,

III) Krótkotrwałe napady kolki z równoczesnym spadkiem na wadze, brakiem apetytu i stałymi bólami.

3. Kol. J. W. Grott przedstawił pracę wspólną z kolegami Fr. Kowalskim, Wł. Maratem, St. Sawickim i St. Windygą p. t.

„Badania nad regulacją cukru we krwi pod wpływem wysiłku. (Streszczenie własne).

Autorzy przeprowadzili badania nad zachowaniem się cukru we krwi, pobranej z palca i z żyły, u 50 zawodników przed i po biegach od 100 do 300 m. Z tego u 21 osobników zbadano dodatkowo cukier we krwi zarówno tętniczej, jak i żyłnej, jeszcze w 10 i 20 minut, licząc od chwili dojścia do mety.

Na podstawie powyższych badań, autorowie dochodzą do następujących wniosków:

1) W razie zapotrzebowania energii, mięśnie przetwarzają na miejscu swój glikogen na cukier i zasilają nim krew żylną.

2) Kontrola sposobu regulowania poziomu cukru we krwi, pod wpływem wysiłku, udaje się tylko wtedy, gdy się bada jednocześnie przed oraz, przez pewien czas, po pracy cukier krwi, żyłnej i tętniczej,

3) Poziom cukru we krwi żyłnej, badany po wysiłku, zależy od dopływu cukru z magazynu zarówno wątrobowego (centralnego), jak i obwodowego oraz od stopnia spożycia go przez tkanki w następstwie wykonanej pracy.

4) Po krótkotrwałym wysiłku (np. bieg 1000 m.) bardzo często występuje obniżenie się poziomu cukru we krwi, a w miarę dłuż-

szego trwania tegoż, w biegach do 3.000 m., wybitnie wzrasta odsetek osobników, wykazujących przyrost cukru we krwi.

5) Dobry stan fizyczny oraz dobra zaprawa ułatwiają ustrojowi szybsze przystosowanie się do wzmożonego zapotrzebowania energii oraz ułatwiają utrzymywanie glikemji na normalnym lub nawet wyższym poziomie, zarówno we krwi żyłnej, jak i tętniczej.

6) Określanie cukru we krwi żyłnej i tętniczej przed i przez pewien czas po wysiłku, może być cennym miernikiem sprawności fizycznej.

### Dyskusja.

Kol. Wierzychowski. Badania kol. Grotta są rzeczywiście wyczerpujące, odnośnie do cukru we krwi podczas pracy mięśniowej. Materiał jest bardzo obszerny i pozwala na zastosowanie danych statystycznych, które w takich razach mogą rozstrzygać. Mówca zwraca uwagę na to, iż badane osobniki były nie jednakowo przygotowane, co zresztą wynika z samego materiału, jakim mógł rozporządzać prelegent. Trudno tutaj winić eksperymentatora; mówca zwraca uwagę na trudność tego rodzaju badań. Przygotowanie badanych było bardzo nierównomierne; spotykamy się tu z cyframi naczczu bardzo wysokimi a przede wszystkim, ze zdumiewająco niskimi (51, 42 mgr. %). U osobnika prawidłowego takie cyfry są czemś niezwykłym. Przy tak różnorodnym materiale doświadczalnym, poprzedzająca dieta mogła być nadzwyczajnie różna; jedni przed zawodami, zapewne zależnie od przesądów, głodzili się, inni może przekarmiali i t. d.; eksperymentator ponosi skutki tego, bo trudno takiego zawodnika karmić przez długie tygodnie, żeby doprowadzić go do stanu wzorcowego. Nadzwyczaj ciekawe krzywe cukru we krwi, przedstawione przez kol. Grotta, a zarazem bardzo kompletne, stwierdzają jeszcze raz, jak niezwykle różnorodny musi być mechanizm, który kieruje przemianą węglowodanową materji. Niekoniecznie przekroczenie tętnicze może pochodzić z wątroby, może ono pochodzić z mięśni. Z badań nad kwasem mlekowym wynika, że to, co jest produkowane w jednych mięśniach jest przetwarzane w innych. To samo może być z cukrem. Co do wytłumaczenia większej ilości cukru we krwi żyłnej, to byłoby rzeczą ciekawą stwierdzić, czy nie pochodzi to od zagęszczenia krwi żyłnej. Osobniki w warunkach omawianych pocą się; należałoby zbadać ilość hemoglobiny krwi żyłnej i tętniczej i stwierdzić, czy zmiany w zachowaniu się cukru nie zależą od zagęszczania krwi.

Kol. W. Orłowski. Gdy czytam jakieś nowe badania, to zawsze stawiam sobie takie pytanie: czy pod względem metodologicznym stanowią one postęp oraz, czy wnioski, które nam badacz przedstawia, są należycie udokumentowane.

Jeżeli to pytanie zastosujemy do badań, które przedstawił kol. Grott, to muszę stwierdzić, iż pod względem metodologicznym przedstawiają znaczny postęp. Kolega G. uwzględnił dwa czynniki — czas trwania badania i badanie krwi tętniczej i żyłnej. Ale i prelegent nie uniknął, jak wielu innych, błędu w me-

todyce, mianowicie małej liczby badań. Stało się to dlatego, że koledzy życzyli sobie rozstrzygnąć zagadnienie możliwie szerzej, a nie zwęzili materiału. Gdyby kolega zwęził materiał, wnioski byłyby bardziej instruktywne. Badano wpływ wysiłku przy biegu na 100, 200, 800, 1500, 3.000 metrów i okazało się, że w każdej grupie jest kilka osób (od 6 do 12) — materiał bardzo mały; zmniejszy się jeszcze bardziej, jeżeli będziemy, inaczej nieco, go interpretowali. Przeglądając krzywe, dochodzę do wniosku, że kol. G. niesłusznie interpretuje pewne dane. Czy zwiększenie o 2 mgr. jest istotnie zwiększeniem? Takie odchylenia są w granicach błędu technicznego. Z tego wynika, że z 6 osób w grupie, nie 50% ma zwiększenie ilości cukru, ale tylko 33%. W drugiej grupie, przypadkach z wahaniami 2 do 7 mgr., naliczyłem 5. Wszystkie te przypadki powinny być zaliczone nie do przyrostu, ale do stanu bez zmiany; wtedy wyniki cyfrowe wypadną inaczej. Gdyby prelegenci przeprowadzili badania tylko na 2 grupach, lecz na większym materiale, wnioski byłyby uzasadnione. Błąd, który popełnili, jest błędem nie tylko naszych prac, ale i zagranicznych. Ludzie starają się bardzo szybko ogłaszać prace, co się odbija na ich wartości.

Odpowiedź kol. G r o t t a (streszczenie własne).

Cukier we krwi, niski przed zawodami, łatwo wytłumaczyć, jeżeli się zważy, że badania bardzo często odbywały się w 2—3 godz. po posiłku, czyli w okresie największej hypoglikemji fizjologicznej. Zjawisko tego rodzaju niejednokrotnie spostrzegałem w klinice, badając krzywą cukru we krwi po obciążeniu glukozą, zwłaszcza u asteników. Nawet u siebie samego, w 2 godz. po glukozie, stwierdziłem w czerwcu 1929 r. poziom cukru równy 56 mgr. Oprócz lekkiego uczucia głodu, żadnych innych, przykrych objawów nie miałem. Niską krzywą glikemiczną, otrzymaną wtedy, objaśniam lekką pracą laboratoryjną, wykonaną podczas przeprowadzania badania.

Nie ulega wątpliwości, że djeta oraz sprawność sportowa będą wpływały na wyniki, jednak, jeśli chodzi o zasadnicze zjawisko, które specjalnie badaliśmy, t. j. sposób regulowania poziomu cukru we krwi, to nieuwzględnienie tego czynnika nie mogło mieć poważniejszego znaczenia. Czynniki te mogły wpływać tylko na jednolitość otrzymanych danych, tymczasem pewna różnorodność wyników stanowi cenną zdobycz naszej pracy, gdyż dopiero ta okoliczność umożliwiła nam znalezienie klucza do wyjaśnienia badanego zjawiska. Zagęszczenie krwi żyłnej po pracy, być może również odgrywa pewną rolę, jednak ze względu na wielkie trudności techniczne, jakie pociąga za sobą wykonywanie tego rodzaju prac, co zupełnie słusznie podkreślił z swem przemówieniem p. doc. Wierzuchowski, tego czynnika oraz wyżej wzmiankowanych, uwzględnić nie mogliśmy.

Uwaga p. prof. Orłowskiego co do sposobu układania tablic jest słuszna, jeśli idzie o szczegóły, gdyż to może wpływać na zmianę wyników statystycznych. Jednak, jeśli nawet i tę okoliczność uwzględnić, to przy bardziej szczegółowej analizie otrzy-

many liczb, bynajmniej nie wpłynie ona na jakość wyników, których znaczenie specjalne pragnęliśmy podkreślić t. j. że wraz ze wzrostem dystansu od 100 do 3.000 mtr. w szybkim tempie wzrasta ilość przypadków, wykazujących nie ubytek, lecz wzrost cukru we krwi.

4. Kol. Janina Misiewicz wygłosiła odczyt p. t.:

„Promieniolecznictwo gruźlicy“. (Streszczenie własne).

Prelegentka omówiła poszczególne rodzaje promieni, używanych w lecznictwie, a mianowicie słoneczne, promienie kwarcówki, promienie lampy Sollux oraz promienie Rentgena, uwzględniając poglądy na działanie biologiczne tych promieni, wskazania do promieniolecznictwa w gruźlicy oraz sposoby stosowania poszczególnych promieni. (Referat ukaże się osobno w druku).

5. Dyskusja.

Kol. A. E l e k t o r o w i c z. Używanie kąpiei powietrznych opiera się na działaniu światła rozproszonego; nie wywołuje takich nagłych zmian, jak naświetlanie słoneczne. Kąpiele, podczas których chorzy muszą używać pewnego ruchu, dają zahartowanie organizmu i zwiększenie jego siły odpornej. Działanie różnych promieni (promienie ultrafioletowe, lampa kwarcowa, Finsena, Solux) jest mniej więcej podobne. Silne naświetlania mogą wywołać wielkie szkody. Działanie tych promieni przy dłuższym trwaniu idzie głębiej, spostrzegano głęboko leżące ogniska martwicze. Co do działania energii promienistej na bakterje, to występuje ono dopiero przy dawkach tak wysokich, jakich ustrój nie wytrzymuje. Działanie promieni jest raczej osłabiające; wyzwalają one pewne ciała swoiste, działające szkodliwie na bakterje.

Aczkolwiek szereg prac stwierdza polepszenie stanu w gruźlicy płuc pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena, jednak ze względu na wielką trudność dawkowania, jesteśmy przy tem umiejscowieniu gruźlicy bardzo ostrożni. W gruźliczym zapaleniu otrzewnej natomiast, naświetlanie daje bardzo dobre wyniki; obecnie na Zachodzie przestają używać laparotomji i naświetlają roentgenem. Mówca, stosując takie leczenie po uprzednim wypuszczeniu płynu, uzyskiwał znaczne poprawy. To samo tyczy się suchych postaci zapalenia otrzewnej oraz zapaleń opłucnej. Osobny dział stanowią schorzenia nerek: w jednostronnych cierpieniach nie będziemy stosowali naświetlań, lecz tam, gdzie operacja jest wykluczona. W gruźlicy gruczołu krokowego stwierdzano pod wpływem rentgena bardzo znaczną poprawę. W gruźlicy jąder i powrózków nasiennych, łatwy dostęp daje możliwość otrzymania wyleczenia zupełnego. Ponieważ jednak gruźlica jest cierpieniem ogólnym, wyleczenie więc zależy od stanu ogólnego. Dlatego winna tu być stosowana również lampa kwarcowa, kąpiele powietrzne i słońce, a dopiero wtedy leczenie miejscowe może osiągnąć jak najlepsze wyniki. Osobną grupę stanowią schorzenia kości i stawów. W tych przypadkach poza ogólnym leczeniem sanatoryjnym, naświetlanie rentgenem daje bardzo dobre wy-

niki; efekt jest natychmiastowy. Mówca ma w opracowaniu przypadki z kliniki chirurgicznej, w których po naświetlaniu uzyskano bardzo znaczną ulgę i zniknięcie bólów; jest to jednak efekt przejściowy.

Kol. M o c z a r s k i przypomina doświadczenia Lidji Rabinowicz, stwierdzające przekrwienie narządów wewnętrznych pod wpływem, naświetlania, co by przemawiało za przenikaniem promieni w głąb i możliwością wywierania przez nie działania bakterjobójczego na prątki, jak tego dowodzą badania *in vitro*.

Kol. S a w i c k i zwraca uwagę na niektóre szczegóły, ważne przy budowie sanatoriów: jakość szkła używanego do okien, obecność słoneczni, kształt budynków i t. d.

Kol. Ł a p i ń s k i przypomina badania, stwierdzające obecność znacznej ilości promieni pozafiołkowych nad piaszczystym wybrzeżem, nawet przy zachmurzonym niebie. Heljoterapia jest wobec tego w górach najbardziej skuteczna w zimie, natomiast nad morzem przez cały rok. Bardzo krytyczne badania francuzów w Algierze wykazują jednak, że nie działają tu specjalnie promienie pozafiołkowe, ale zwykłe naświetlanie. O ścisłych podstawach naukowych w promieniolecznictwie dziś mówić nie możemy.

Kol. G a w i ń s k i. Cała dyskusja toczy się nad środkiem, o którym nie mamy wyraźnego pojęcia i o którym pojęcia nie będziemy mieli. Operując energją, krążymy dokoła czynnika nieznanego, stanowiącego eliksir na wszystko. Posiadając ten czynnik, powinniśmy przedewszystkiem zbadać jego dawkowanie. Zrozumienie sposobu działania energii promienistej wkracza w dziedzinę budowy materji.

6. Odpowiedź kol. M i s i e w i c z (streszczenie własne).

Kol. E l e k t o r o w i c z o w i prelegentka dziękuje za uzupełnienie wskazań do rentgenoterapii.

Kol. M o c z a r s k i e m u. Nie zgadza się, by przekrwienie narządów wewnętrznych miało bezwzględnie wskazywać na działanie bezpośrednie promieni U. F. w głąbi.

Kol. G a w i ń s k i e m u. Chociaż istotnie zagadnienie promieniolecznictwa wiąże się z wieloma, niewyjaśnionemi dotąd, zagadnieniami z dziedziny fizyki i dlatego wielu szczegółów, dotyczących promieni i ich działania na ustrój żywy, nie znamy, to jednak dodatni wpływ promieniolecznictwa w wielu sprawach chorobowych nie ulega wątpliwości, a to wystarcza, by promieniolecznictwo propagować i nadal.

7. Dyskusja nad pokazem kol. D ę b i c k i e g o.

Kol. D ą b r o w s k a.

Oprócz gruczolaka-raka, w pęcherzyku żółciowym mogą powstawać również rak twardy i galaretowaty. Rak pęcherzyka roz-

wija się nadto bez kamicy. Przechodzenie nowotworu z pęcherzyka na okrężnicę nie zdarza się zbyt rzadko.

Posiedzenie zamknięto o godz. 11 min. 10.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 8 kwietnia 1930 roku**

Początek o godz. 8-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 74, wprowadzonych gości 95.

Protokół posiedzenia naukowego z dn. 1 kwietnia r. ub. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Biblioteki.

*F l o r s c h ü t z.* Operacje Prakticnog Lijecnika. 1929.

Skład Uniwersytetu i Spis Wykładów na rok akademicki 1928/1929.

*S z o k a l s k i.* Wstęp do diagnostyki i Semiotyki chorób wewnętrznych, zeszyt 1-szy. 1929.

*M i t t e i l u n g e n* über Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie. Tom 6, zes. 1.

*S c h i t e r m a n n.* Der Wert der Zusatznahrung für den Stoffansatz und den Mineralstoffwechsel des Blutes. 1928.

*S c h i f f.* Einige Beobachtungen über die Wirkung der Leberdiät besonders auf das Blutcholesterin.

*A d e l s b e r g e r.* Überempfindlichkeits-Krankheiten. 1929.

*R e c h k s.* Über die Behandlung von Wunden, Verletzungen, örtlichen Entzündungem. 1929.

*Z w e j g b a u m.* Ś. p. Dr. Józef Rostek. Wspomnienie pośmiertne.

*B r u n e r E.* Próby leczenia chorób skóry naświetleniami gruczołów dokrewnych promieniami Roentgena. 1930.

*M e l a n o w s k i.* Sprawozdanie z XIII Międzynarodowego Zjazdu Okulistów w Amsterdamie i Hadze od 5 do 12 października 1929 r.

*M e l a n o w s k i.* Jaskra i zaćma. 1930.

*M e l a n o w s k i.* Zaburzenia wzroku i cierpienia oczu w wieku szkolnym. 1930.

Melanowski. Zranienia narządu wzroku przy pracy w świetle danych Kliniki Ocznej Uniw. Warsz. od 1921—1929 r.

Melanowski. Jaglica jako przyczyna choroby. 1929.

Melanowski. Zbadany anatomo-patologicznie przypadek t. zw. pierścienia Kaiser-Fleischera rogówki w chorobie Wilsona.

Orłowski W. Choroby przewodu pokarmowego. Z. IV. 1929.

Leśniowski A. Schemat badania chorych i pisanie kart szpitalnych w Klinice Chirurgicznej. 1930.

Archives de l'Institut Prophylactique. Dir. Arthur Vernes. Tom I, Nr. 4. 1929.

Orłowski W. Wzory Historji choroby oraz badań laboratoryjnych, stosowane w Klinice II. 1930.

Sochacki A. Ocena dzieła „Nauki Położnictwa dla Położnych prof. Bolesława Kowalskiego. Odb. 1930.

3. Kol. Z. Radliński wygłosił odczyt p. t.:

Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc“ (streszczenie własne).

Zasadniczym czynnikiem w leczeniu gruźlicy jest zapewnienie choremu narządowi spokoju i, o ile możliwe, wyłączenie go z czynności. Oddawna stosowany w leczeniu, t. zw. gruźlicy chirurgicznej, czynnik ten w odniesieniu do gruźlicy płuc znalazł urzeczywistnienie w t. zw. odmie sztucznej (Forlanini 1888). Odmia sztuczna jednak nie zawsze może być wykonana, ponieważ mogą zrosty płuca z opłucną ścienną przeszkadzać zapadnięciu się płuca, a nawet wprowadzeniu gazu. Niejednokrotnie zrosty takie powstają właściwie po licznych nakłuciach odmowych i wtedy ustaje możność stosowania odmy, aż do końca leczenia. Dla tych przypadków, w razie schorzenia jednostronnego, lub w najgorszym razie przy b. nieznacznych zmianach drugostronnych, wchodzi w grę leczenie chirurgiczne. Leczenie to, po nieudanych i zaniechanych próbach usuwania chorych płatów płuc, polega obecnie na wywołaniu zapadnięcia się chorego płuca (*collapse*). A zyskujemy to albo na drodze wyrwania nerwu przeponowego (*phrenicoexaeresis*), albo torakoplastyki zewnątrzopłucnowej, wreszcie przez skombinowanie obu sposobów, co w ostatnich czasach wykonywane jest tak, że najpierw robi się wyrwanie nerwu, a potem — po paru tygodniach — torakoplastykę.

Należy tu wspomnieć i o tem, że zaproponowane było i bywa stosowane, wziernikowanie opłucny i przecinanie, pod kontrolą wzroku, zrostów galvanokauterem (*Jacobaeus*), aby przywrócić warunki, odpowiednie dla odmy. W metodzie tej prelegent nie ma doświadczenia osobistego i naogół jest ona mało stosowana. Wyrwanie nerwu przeponowego jest zabiegiem drobnym, wykonywanym ambulatoryjnie w znieczuleniu miejscowym. Spowodowane przez unieruchomienie i uniesienie przepony, zmniejszenie pojemności klatki piersiowej jest b. znaczne i wpływa korzystnie nie

tylko na ogniska w dolnych odcinkach płuc, ale nawet na sprawy szczytowe. Wskazanie do tego zabiegu jest częstsze, niż do torakoplastyki, ponieważ nie stanowi tu przeciwwskazania obecność zmian po drugiej stronie i chorzy łatwo się zgadzają na wykonanie. W mojej klinice i przez moich asystentów poza kliniką wykonano tych zabiegów prawie 200. Wynik jednak nie jest kompletny i w większości przypadków do tego się nadających, a więc jednostronnych, zachodzi wskazanie do torakoplastyki. Torakoplastyka, w tej postaci, jak się ją obecnie stosuje, jest torakoplastyką zewnątrzpłucnową, przykręgową. Z cięcia, biegnącego równoległe do kręgosłupa w odległości 6—8 cm od wyrostków kolczastych, odsłania się żebra i wycina z nich podokostnowe kawałki, możliwie największe 8—12 cm. z każdego, razem 100—150 cm. Ze względu na rozmiary zabiegu, dobrze jest rozłożyć go na dwa akty: w pierwszym usuwa się żebra dolne, w drugim—po 3—6 tyg. — górne. Ja usuwam zawsze również odcinek lub cały obwodowy kawałek żebra XII, by nie przeszkadzało ono zbliżeniu się przekrojów żebra XI i wyższych, przez co wynik się potęguje. Zapadnięcie płuca po takiej torakoplastyce, zwłaszcza poprzedzonej wyrwaniem nerwu przeponowego, jest bardzo znaczne i wyniki tych zabiegów dają się określić, jako 30—40% wyleczeń i drugie tyle popraw, a przecież chodziło o chorych, nie nadających się już do leczenia zapomocą odmy. Zagranicą statystyki wykazują już serje po 300—400 przypadków, u nas ta sprawa jest dopiero w zaczątku.

4. Kol. Ka z. Dą b r o w s k i wygłosił odczyt p. t.:

„Pleurokopia i jej znaczenie w klinice“  
(streszczenie własne).

Prelegent w pierwszej części odczytu podał technikę pleuroskopji, t. j. oglądania jamy opłucnej za pomocą wziernika Jacobaeusa (patrz Medycyna Warszawska 1930 r. Nr. 4).

Druga część odczytu poświęcona była zastosowaniu praktycznemu pleuroskopji, a mianowicie przepalaniu zrostu w odmie sztucznej. Zabieg ten ma doniosłe znaczenie w przypadkach, gdy zrosty opłucnej uniemożliwiają ucisk jam gruźliczych w odmie sztucznej. Usunięcie tych zrostów za pomocą żegadła wpływa skutecznie na przebieg leczenia i doprowadza do pomyślnego wyniku odmy. Przyrządy potrzebne do wykonania tego zabiegu są następujące: 1) pleuroskop, 2) dwa trójgrańce i 3) żegadła proste lub krzywe, zakończone pętlą platynową o wyglądzie haczyka. Przyrządy powyższe należy przechowywać w naczyniu zamkniętem, zawierającym kilka pastylek formalinowych.

Na pół godziny przed zabiegiem choremu wstrzykuje się 0,01 pantoponu lub morfiny. Chorego układa się na boku zdrowym, na wałku ze zwiniętej mocno kołdry, dla rozszerzenia przestrzeni międzyżebrowych po stronie odmy. Wybór miejsca nakłucia dla wprowadzenia pleuroskopu zależy od umiejscowienia zrostów. Bywają one u wierzchołka płuca, na obwodzie i u podstawy, najczęściej jednak u wierzchołka płuca. Badanie rentgenologiczne

wykrywa umiejscowienie zrostów, długość ich i kierunek. Gdy zrosty są u wierzchołka, to pleuroskop wprowadza się od tyłu w 4-ej lub 5-tej przestrzeni międzyżebrowej. Upřednio skórę odkaża się jodyną, znieczula się  $\frac{1}{2}\%$  kokainą i nacina małym nożykiem. Po wykryciu pleuroskopem zrostu, nakłuwa się, w odpowiednim miejscu, klatkę piersiową dla wprowadzenia żegadła, które winno być skierowane ku zrostom. Dopiero dokładne obejrzenie zrostu upoważnia do przepalania go. Zależnie od ilości i umiejscowienia zrostów, zabieg trwa od pół do 2 godzin. Powikłania bywają następujące; rozedma podskórna lub śródpiersiowa, wysięk surowiczowo-włóknikowy lub ropny, krwotok z przepalonego naczynia.

Prelegent przedstawił własne spostrzeżenia i odnośne rentgenogramy.

5. Kol. A. Wojciechowski wygłosił odczyt p. t.:

„Kilka uwag o leczeniu gruźlicy chirurgicznej na wsi” (streszczenie własne).

Sprawa leczenia gruźlicy kostnow stawowej w Polsce jest szczególnie palącą ze względu na jej częstość, brak odpowiednich urządzeń i ogólne zubożenie. Liczba chorych takich, skromnie liczona, wynosi najmniej 50,000, co by wymagało pokrycia całego kraju gęstą siecią odpowiednich zakładów leczniczych. Jednak, pomimo jednomyślnej uchwały w tym kierunku, na XI Zjeździe Chirurgów Polskich, na wniosek doc. Łapińskiego, dotychczas bardzo niewiele działo się pod tym względem. Powagę sytuacji wzmacnia okoliczność, że gruźlica kostnow stawowa w 14% pozostawia po sobie kalectwo i niezdolność do pracy (Kosiński) oraz, że długotrwałość leczenia przekracza możność płatniczą szerszych warstw społecznych i uniemożliwia trzymanie chorego w szpitalu przez cały czas trwania leczenia. Z tych względów, zwłaszcza u nas, wobec przewagi ludności wiejskiej nad miejską i, bardzo często, łącznością tej ostatniej ze wsią (krewni, znajomi) i wobec braku odpowiednich urządzeń leczniczych, zwrócić należy większą uwagę na możliwość leczenia gruźlicy kostnow stawowej na wsi, w warunkach domowych, możliwych do zastosowania nawet u ludności biednej. Podług obecnych zapatrywań, gruźlica leczy się wszędzie, a nie tylko w górach lub nad morzem. Dalej podaje W. szereg praktycznych uwag o leczeniu gruźlicy kostnow stawowej na wsi, pod okresową kontrolą lekarską. Chodzi tu przede wszystkim o zastosowanie leczenia prostego i nie wymagającego ciągłej opieki lekarskiej, a wykorzystanie wszystkich zalet pobytu na wsi. W najogólniejszych zarysach doradza W. unieruchomienie za pomocą gipsu lub gipsu z wyciągiem, omawia obszerniej tryb życia chorego, jego ułożenie, zajęcia, pożywienie, kształcenie ogólne i zawodowe, stosowanie leków (jod i wapno metodą Finikowa, tran i t. d.) oraz szczegółowo omawia technikę stosowania helioterapii w naszym klimacie i w powyższych warunkach, podkreślając, że i u nas można korzystać ze słońca cały rok i w większym zakresie, niż się to powszechnie przypuszcza. Przeprowadzenie ścisłe,

w ciągu kilku lat, takiego leczenia w sferach mniej majątnych i w miejscach, gdzie niema blisko lekarza, jest możliwe tylko przy pomocy odpowiednio przygotowanych pielęgniarek-wizytatorek, odwiezających chorego 1—2 razy w tygodniu; wtedy wystarczy, jeżeli lekarz, zależnie od przypadku, sprawdzi stan rzeczy i postępy leczenia raz na miesiąc lub nawet rzadziej. Tęby się dało osiągnąć nawet już obecnie w większej części kraju, jedynie na przeszkodzie stoi brak uświadczenia ludności, brak odpowiednio wykształconych pielęgniarek rozjazdowych i wreszcie małe obeznanie się z praktyczną stroną leczenia zachowawczego gruźlicy kostnowej. Możliwe to jest do szybkiego urzeczywistnienia przy odpowiedniej pomocy i propagandzie Związku Przeciwgruźliczego. System ten pozwoliłby w szybszem tempie opanować gruźlicę kostną, aniżeli czekanie na budowę, nie dla wszystkich dostępnych sanatorjów, pomniejszyłby liczbę kalek i nieszczęśliwych, odciążałby już istniejące zakłady lecznicze. Działalność tych zakładów powinna być zarezerwowana dla leczenia przypadków najcięższych lub wykonywania ew. zabiegów operacyjnych, a przede wszystkim winna być skierowana na kształcenie lekarzy i personelu pomocniczego do walki z gruźlicą chirurgiczną oraz na poradnie lekarskie zawodowe, w którychby wyleczony chory, pod kontrolą zakładu, kształcił się w rzemiośle lub zajęciu, szczególnie dla niego, ze względu na pozostałe od gruźlicy zmiany, odpowiedniem. Na czele takich poradni stać powinni lekarze, obznajmieni z chirurgją kostną i ortopedją, i muszą mieć do pomocy odpowiedni personel nauczycielski.

## 6. Dyskusja.

Kol. Kryński. Leczenie chirurgiczne opiera się na zasadzie, głoszonej jeszcze przez Hipokratesa, iż choremu narządowi należy dać warunki spokoju. Dążenie to wyraża się przez 3 główne metody postępowania: odma, torakoplastyka, freniektomia. Uwzględniwszy potrzebę indywidualizowania chorych, najlepsze wyniki osiągnąć możemy przez leczenie skombinowane. Przepalanie zrostów może wtedy się udać, kiedy mają one postać pasemek lub fałdów; najczęstszą jednak postacią zrostów są zrosty powierzchniowe, których przepalanie jest niebezpieczne ze względu na możliwość krwotoku. Jedną z częstszych przyczyn krwotoków jest wadliwe przekłuwanie przestrzeni międzyżebrowych (dolny brzeg żebra zamiast górnego). Mówca uważa za zbędne wycinanie przy torakoplastyce XII żebra. Do osiągnięcia dobrych wyników leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc niezbędna jest współpraca internistów z chirurgami.

Kol. S. Rudzki (streszczenie własne).

Podkreśla doniosłe znaczenie postawienia na porządku dziennym, w najpoważniejszym polskiem Tow. Lekarskiem, sprawy leczenia chirurgicznego gruźlicy płucnej.

Osobiście, od 6 lat gorąco propaguje w odczytach, wygłoszonych w Sekcji Sanit. Tow. Wiedzy Wojskowej (Tow. Lekarzy Wojskowych) i w innych Towarzystwach lekarskich, konieczność właszenia chirurgicznych zabiegów do repertuaru leczenia gruźlicy płuc.

Jak dotąd jednak, poza kliniką krakowską, gdzie prof. Rutkowski zdobył znaczne doświadczenie osobiste w stosowaniu torakoplastyki, większość chirurgów naszych mało interesowała się tą dziedziną. Dzięki temu chorzy, u których były wskazania do poważniejszych zabiegów chirurgicznych w gruźlicy płuc, szukali pomocy przeważnie zagranicą.

Przechodząc do oceny własnych przypadków, kol. Rudzki stwierdza, że obecnie już nie tylko odma sztuczna, lecz i wyrwanie nerwu przeponowego staje się zabiegiem, do pewnego stopnia, banalnym, i stosowane bywa u nas, w Warszawie, coraz częściej. Mnożą się również przypadki oleotoraksu. Natomiast znacznie rzadsze są wskazania do przypalenia zrostów opłucnowych i do torakoplastyki. Zrosty, ujawniane przy leczeniu odmą, w większości przypadków same stopniowo rozluźniają się i rozrywają pod wpływem ciśnienia wprowadzonego powietrza i ze sztucznym przepalaniem ich zawsze lepiej czekać, przynajmniej przez pierwszy kilka miesięcy dopełniania odmy. Zabieg bowiem Jacobaeusa niewątpliwie należy do poważnych i często wywołuje groźne powikłania, a nawet spowodować może śmierć. Poza tem jest to rękoczyn, wymagający dużego osobistego doświadczenia lekarza, który się go podejmuje.

Z własnych przypadków kol. Rudzki zakwalifikował do torakokaustyki około 30 pacjentów gruźliczych. Chorzy ci — po szczegółowej obserwacji w różnych klinikach i sanatorjach zagranicznych — zaledwo w  $\frac{2}{3}$  przypadków zostali poddani zabiegowi. Efekt u kilku chorych był nadzwyczaj pomyślny i uciśnięcie jam, dotąd nieosiągalne, było zupełne; w innych przypadkach wysiłki były mniej efektowne.

Co do torakoplastyki, kol. Rudzki — poza licznymi przypadkami widzianymi w Krakowie oraz w różnych sanatorjach zagranicznych (Dania, Szwajcaria, Francja, Włochy, Niemcy), spostrzegł osobiście kilkunastu chorych, którzy bądź to uprzednio stosowany mieli ten zabieg, bądź też byli przezeń skierowani na tę operację. Śmiertelność w tych, zresztą samych przez się, b. ciężkich przypadkach, wyniosła około 50%. Efekt pooperacyjny, w kilku własnych przypadkach, był doskonały i chorzy już od 2 do 4-let są zupełnie zdolni do pracy i mogą być uważani za klinicznie wyleczonych.

Chorzy ci operowani byli w 2-ch przypadkach w kraju, poza tem zagranicą (Francja, Niemcy, Szwajcaria).

Według obliczenia autora, do torakoplastyki nadaje się najwyżej 1% chorych gruźliczych.

Uważając dzisiejsze odczyty w Warsz. Tow. Lek. za znamienny zwrot w poglądach na leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc u nas, kol. Rudzki sądzi, że obowiązkiem wszystkich naszych tizjologów jest dopomóc kolegom polskim do zdobycia, i w tej dziedzinie, jak największego osobistego doświadczenia, wobec czego, nawołuje do skierowywania odpowiednich przypadków do tych klinik, sanatorjów i szpitali naszych, w których, jak się dowiadu-

jemy, zaczęto stosować powyższe zabiegi chirurgiczne w gruźlicy płuc.

Kol. B. S a w i c k i krytykuje stosowanie wyciągu w warunkach domowych. Wyciąg wymaga stałej, wykwalifikowanej pielęgniarki. Należy stworzyć chociażby jeden zakład, któryby się stał centralną szkołą postępowania w gruźlicy chirurgicznej dla całego kraju. Takie uzdrowisko szkoliłoby lekarzy i pielęgniarki, którzy, rozchodząc się po kraju, stanowiliby materiał wyrobiony, mogący szkolić nowe zastępy pracowników. Przy większej liczbie wyszkolonego personelu lekarskiego, łatwiej można by przeprowadzić tresurę chorych, dla których pobyt w zakładzie, w ostrym okresie choroby, jest niezbędny. Na wieś można puszcząć chorych w odpowiednio zbudowanym aparacie. W związku z tem należy zorganizować wytwarzanie tanich aparatów ortopedycznych, których nabycie w obecnych warunkach jest w przeważnej liczbie przypadków, niemożliwe z powodu nadmiernie wysokich cen.

Kol. K. Dą b r o w s k i (streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem prof. Z. Radlińskiego, Kazimierz Dąbrowski podaje, iż wyrwania nerwu przeponowego dokonano na jego oddziale w 84 przypadkach, a mianowicie w 75—gruźlicy płuc, 9 przypadkach rozstrzeni oskrzeli. Co się tyczy gruźlicy płuc, to, według przeprowadzonych wywiadów, w połowie przypadków otrzymano poprawę, natomiast w rozstrzeni oskrzeli samo wyrwanie nerwu przeponowego jest niewystarczające i winno być uzupełnione wycięciem żeber w odpowiedniej okolicy.

Kol. S z c z e p a ń s k i. Przy leczeniu gruźlicy płuc za pomocą unieruchomienia, uchodziła dawniej odma za wskazaną na pierwszym miejscu. Dziś stosujemy najpierw wyrwanie nerwu przeponowego; wpływ tego zabiegu może być tak korzystny, że wykonywanie odmy może się okazać zbędnem. Freniektomję powinien robić internista sam (mówca wykonuje ją własnoręcznie); byłoby również pożądanem, aby internista robił sam torakoplastykę. Przyczyną rzadkiego wykonywania tego ostatniego zabiegu jest w znacznej mierze trudność w uzyskaniu zgody ze strony pacjenta. Mówca, mimo, iż wielokrotnie wykonywał torakoskopję, nie odważał się nigdy przepalać zrostów, gdyż rzadko widział zrosty, nadające się do tego zabiegu. Przy obustronnej gruźlicy płuc, mówca stosuje zakładanie plastrów, unieruchamiających stronę bardziej chorą i otrzymuje bardzo dobre wyniki.

Kol. W. O r ł o w s k i. Jeżeli chirurdzy mają stosunkowo mało przypadków do chirurgicznego leczenia gruźlicy, to najważniejszą tego przyczyną jest trudność w wyborze chorych. Chory, kwalifikowany do torakoplastyki, musi posiadać zmiany gruźlicze jednostronne, włókniste, serce jego musi być sprawne, odżywienie musi być dobre, a śródpiersie niezbyt podatne. Takich chorych, nadających się do torakoplastyki, którym ani odma, ani wyrwanie nerwu przeponowego nie pomogło, jest niewielu, a jeśli się znajdują, to trudno ich jest nakłonić do operacji. Gdy się już na zabieg zgadza, to jedzie do Wiednia i nie da sobie wytłumaczyć, że

w Polsce można ten zabieg wykonać. Gdy zwiększy się liczba sanatorjów, to trudność w wynajdywaniu przypadków do torakoplastyki zmniejszy się; w klinikach i oddziałach szpitalnych o odpowiedni materiał jest trudno. Na wyrwanie nerwu przeponowego mówca patrzy, jako na wstęp do torakoplastyki.

Kol. Z. Radliński stwierdza, iż wpływ wycięcia XII żebra na zmniejszenie pojemności klatki piersiowej jest wydatny. Wyraża życzenie, aby słowo „gruźlik” znikło z języka lekarskiego; należy mówić „chory na gruźlicę”.

Kol. O. Wojciechowski stwierdza, iż prof. Sawicki uwzględnił jego myśl przewodnią, powinno być kilka zakładów szkolących personel lekarski; chory po wypisaniu winien pozostawać pod stałą kontrolą lekarską.

Posiedzenie zamknięto o godz. 11 min. 10.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski*

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 29 kwietnia 1930 r.**

Początek o godz. 8-mej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa 37, wprowadzonych gości 58.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 8.IV. r. b. przyjęto bez zmian.

2. Kol. Sekretarz Stały, wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Antonim Anteckim (streszczenie własne).

Stanisław Anteck, syn lekarza Antoniego Anteckiego, urodził się w r. 1873 w Warszawie, gdzie ukończył gimnazjum w r. 1892 i Wydział Lekarski w r. 1897. W czasie studjów Uniwersyteckich w r. 1894 należał do Komitetu, urządzającego obchód ku pamięci Kilińskiego i z tego powodu był aresztowany. Bezpośrednio po skończeniu Uniwersytetu, A. pracował na oddziale wewnętrznym D-ra Sadowskiego, a następnie w Domu Wychowawczym i na oddziale ginekologicznym D-ra Grzankowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Wyjechawszy na studia za granicę, czas jakiś bawił w Pradze, Berlinie i Dreźnie. Po powrocie, pracował w roli asystenta na oddziale chirurgicznym D-ra Rauma, w szpitalu Praskim. Jednocześnie od r. 1898 pracował przy D-rze Gromadzkim w Przytułku Położniczym na Pradze, gdzie w r. 1899 został mianowany oficjalnym zastępcą zarządzającego tymże przytułkiem, a od r. 1906 prowadził Wykłady dla uczennic Szkoły Położniczej Miejskiej. Przytułek na własne żądanie opuścił w r.

1922. W czasie ostatniej wojny A., jako lekarz wojskowy, znalazł się w Wiaźmie. Tu zorganizował Komitet polski i znacznie się przyczynił do skupienia i ożywienia polskim duchem znajdujących się tam Polaków. Po powrocie z wojny, czas jakiś pracował, poza swemi zajęciami akuszersko-położniczymi, na oddziale chirurgicznym D-ra Sławińskiego w Szpitalu Św. Rocha. Od roku 1913 był członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Drukem ogłosił w czasopismach lekarskich 6 prac z dziedziny ginekologii i położnictwa. Zmarł z powodu choroby serca w dniu 10 kwietnia r. b. Cześć jego pamięci.

Anteck i St. Owrzodzenie śluzówki pochwy. Ginekologia. 1905.

Anteck i St. Przypadek ciąży w komorze szczątkowej macicy dwukomorowej. Przegląd chirur. i ginekol. 1912.

Anteck i St. i Zakrzewski Z. O wpływie pituitryny na przebieg rzucawki porodowej. Medycyna i Kronika Lekarska 1912.

Anteck i St. i Zakrzewski Z. Pituitrina i jej zastosowanie w położnictwie. Przegląd chirur. i ginekol. 1912.

Anteck i St. Niepęknięta ciąża jajowodowa. Gazeta Lekarska 1913.

Anteck i St. i Zwoliński T. W sprawie poronień nawykowych. Polska Gazeta Lekarska 1928.

3. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych:

Statut Stowarzyszenia p. n.: Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa. 1930.

Zembrzusi L. Nauczanie historii medycyny w Polsce. 1930.

Wasserman H. Drogi i bezdroża nowej nauki współczesnej o początkowych okresach suchot płucnych.

Mikułowski W. Sul meccanismo delle emorragie intestinali nella febbre tifoide. 1930.

Mikułowski W. Ein Beitrag zum Phototrauma. 1930.

Elmer und Scheps. Beiträge zur Kenntnis und Messung der diabetischen Azidose. 1928.

Elmer und Scheps. Badania nad kwasicą cukrzycową. 1928.

Rosnowski i Marczewski. Zespół bezsoczności żołądka. 1929.

Wepperówna. Kilka uwag o zakaźności herpes zoster (półpaśca) i jego stosunku do varicella (ospówki), popartych własnym spostrzeżeniem.

Wepperówna. Autoseroterapia, jako samodzielna metoda leczenia chorób bakteryjnych.

Coffey. Transplantation of the ureters into the large intestine. 1928.

Coffey. Bilateral submucous transplantation of ureters into large intestine by tube technic. 1929.

Mackiewicz. O pewnych zespołach sympatycznych oraz ich leczeniu. 1930.

Mackiewicz. Medulloblastoma mózdzku z przerzutami do rdzenia kręgowego i półkul mózgowych. 1929.

Rutkowski. O t.zw. wybroczynach operacyjnych w wyrostku robaczkowym,

Dobrowolski L. A. Tymczasowe doniesienie o próbach inhalacjami. 1929.

Dobrowolski L. A. Gruźlica płuc. Podręcznik dla pielęgniarek. 1926.

Dobrowolski L. A. Badania i wyniki prób leczenia gruźlicy płucnej metodą bezpośrednią, inhalacjami. 1929.

Mikułowski et Chmielewska. Etude de la viscosité du sang des enfants. 1929.

Oraz komunikaty. Na delegata Tow. Lek. Warsz. do Rady Nadzorczej Towarzystwa Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie, postanowiono uprosić prof. Ant. Leśniowskiego.

4. Kol. Wiceprezes ogłosił wynik konkursu Dobrzyciego. Nagrodę przyznano doc. Sabatowskiemu.

5. Kol. S. Gurb ski złożył sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.

6. Kol. E. Reicher wygłosiła odczyt pod tytułem: „Serce a praca fizyczna”. (streszczenie własne).

Po wstępie, w którym zaznaczono pokrótce dotychczasowe badania nad działaniem pracy fizycznej na wielkość serca u zwierząt i u ludzi, prelegentka omawia właściwe badania, wykonane w II-jej Klinice Chor. Wewn. U. W. W badaniach tych, które obejmują około 900 osób, mężczyzn i kobiet, oprócz ogólnego badania klinicznego, badania czynnościowego narządu krążenia, określano i wielkość serca za pomocą ortodiagramu (ortodiagramy wykonane były przez docenta Elektorowicza i D-ra Gubrynowicza). Wszystkich badanych, tak mężczyzn, jak i kobiety, podzielono na 3 następujące grupy:

1. osoby, które nigdy żadnych ćwiczeń cielesnych nie uprawiały, 2. osoby, które, przynajmniej 2 lata, stale i dość intensywnie ćwiczyły. 3. rekordzistów, mających poważne wyniki w uprawianej przez nich dziedzinie sportu.

Pierwsza grupa miała wykazać, jaka jest prawidłowa wielkość serca u młodzieży polskiej, druga — jak działają na rozmiary serca intensywniej uprawiane ćwiczenia cielesne, trzecia — za pomocą demonstracji poszczególnych ortodiagramów serc wybitnych sportowców, miała wykazać działanie poszczególnych sportów na wielkość serca. We wszystkich grupach określano wielkość serca w stosunku do wagi, wzrostu, obwodu klatki piersiowej i wieku badanych. Wyniki otrzymane z tych badań są następujące: 1. rozmiary serca młodzieży polskiej są nieco większe

od cyfr, przytaczanych przez autorów niemieckich, 2. na wielkość serca wywiera wpływ głównie waga i obwód klatki piersiowej; wpływ wieku i wzrostu zaznacza się mniej wyraźnie, 3. serca osób, uprawiających stale ćwiczenia cielesne, są większe od serc osób niećwiczących, a serca osobników, posiadających wybitne wyniki sportowe, są jeszcze większe od serc osób, uprawiających ćwiczenia w sposób mniej intensywny. Spostrzeżenie to wykazuje, iż w miarę uprawiania ćwiczeń cielesnych i zależnie od stopnia wysiłku, zmieniać się mogą rozmiary serca. W dalszym ciągu referatu omówiono patogenzę i znaczenie przerostu i rozszerzenia serca pod wpływem wysiłków fizycznych, ze szczególnym uwzględnieniem działania zmęczenia. Przedstawiając ortodiagramy serca wybitnych jednostek sportowych, prelegentka omawia działanie poszczególnych sportów na wielkość serca ze szczególnym uwzględnieniem działania warunków doświadczenia Valsalvy.

#### 7. Dyskusja.

Kol. L. Kryński zapytuje, czy w przedstawionych badaniach istniała pewna ciągłość; czy badania wykonywano u tych samych osobników, zarówno przed ćwiczeniami, jak też i po ćwiczeniach. Czy udało pochwycić się ewolucję powiększeń serca.

Kol. L. Paszkiewicz przypomina, pominiętą przez prelegentkę, pracę polskiego autora, Skubiszewskiego, o przeroście serca.

Kol. E. Reicher (streszczenie własne).

W odpowiedzi prof. Kryńskiemu zaznacza, iż badania poszczególnych sportowców wykonywane było niejednokrotnie i że właśnie zachowanie się serca po wysiłku, jego zmniejszanie się lub zwiększanie, warunkuje dalsze postępowanie.

8. Kol. Wł. Mikułowski wygłosił odczyt p. t.

„Zagadnienie badania choroby utajonej w świetle kliniki i biologji” (streszczenie własne).

Obok zakażeń pojedynczych, spowodowanych przez jeden rodzaj drobnoustroju, istnieją zakażenia mieszane, których działanie chorobotwórcze ulega przez to zmianie. Cierpienia takie, jak róża i mięsak, schorzenia paciorkowcowe i wąglik, zimnica i porażenie postępujące, częstokroć kiła i gruźlica, czasem dur brzuszny i gruźlica, mają uznaną w nauce opinię korzystnego współdziałania w ustroju; inne choroby przebiegają współcześnie bez dającego się uchwycić ustosunkowania wzajemnego, rozwijając się każda, jakby dla siebie samej. Przeciwnie, wpływ wzajemny niektórych zakażeń jest, na skutek wzajemnego spotkania się, dla ustroju zgubny. W pedjatrii, klasycznym przykładem niekorzystnego ustosunkowania się dwu zakażeń, jest olbrzymia śmiertelność dzieci małych (do 3-go roku życia), z powodu zapalenia płuc, które w znacznym odsetku jest epilogiem, groźnego dla wczesnego dzieciństwa, współistnienia koklusz i odry. Śmiertelność oseków, z powodu zakażeń kiszkiowych i zaburzeń pokarmowych, jest w wielkim odsetku przypadków zależna od uczulenia tkanek przewodu pokarmowego przez krętek błady u dzieci kiłowych,

tak samo, jak śmiertelność i zapadalność na gruźlicze zapalenie opon mózgowych lub prosówkę, jest, bardzo często, niedostatecznie uznanym, wynikiem uczulenia ustroju przez jad kiłowy. Dzieci bardzo często zapadają na gruźlicze zapalenie opon dlatego, że są uczulone kiłą wrodzoną. Między mechanizmem zakażeń mięsanych, wtórnych i wychodźczych, zwanych „de sortie” (Nicolle), a między mechanizmem budzenia się, pod wpływem urazu zewnętrznego lub wewnętrznego, zakażeń t. zw. utajonych, istnieje bliska analogja, utrudniająca w poszczególnych przypadkach przeprowadzenie wyraźnych linii granicznych. Jak faktem realnym jest możność budzenia się zakażenia w postaci anginy, lub zapalenia mózgu, wskutek uprzedniego szczepienia ospy; jak faktem stwierdzonym jest t. zw. samorodne budzenie się duru brzuszego, tak faktem, najbardziej klasycznym, demonstracyjnym i dydaktycznym, w pedjatrii ważnym, jest budzenie się kiły utajonej u dzieci, pod wpływem zakażeń, nieraz banalnych, jak ospa wietrzna, żółtaczka zakaźna, lub też poważniejszych, jak dur brzuszny, płonica i t. p. W ten sposób rozwija się, albo ogólne zakażenie albo miejscowe schorzenie, łatwo dające się wziąć na rachunek nowej choroby, podczas gdy chodzi o powikłania, spowodowane przez dawno istniejące cierpienie.

Odkrycie Miliana z r. 1910 o, reaktywującym odczyn Wassermanna, działaniu salvarsanu i innych środków przeciwiłowych, jest do dziś niewyczerpanem źródłem coraz obfitszych obserwacji; prowadzą one do wniosków na temat racjonalnego leczenia kiły dostatecznie wielkimi dawkami środków przeciwiłowych. Odkrycie to skłania również świat lekarski do zapoznania się z szeregiem, niepozabawionych analogji, licznych innych faktów działania biotropicznego substancji chemicznych, czynników fizycznych, czy biologicznych. Opisane przez Miliana stany „gorączek wysypkowych 9 dnia”, w związku z uprzedniami dawkami prowokacyjnymi środków przeciwiłowych, znajdują w klinice potwierdzenie: one zmuszają do zajęcia krytycznego stanowiska wobec wielu zjawisk, pozornie wywołanych przez zatrucia lub anafilaksję, albo przez odporność na działanie novarsenobenzolu. W rzeczywistości, zjawiska te często znajdują lepsze wytłumaczenie w teorii biotropizmu infekcyjnego, t. j. w teorii przyjmującej mobilizację mikrobów, dotąd nieczynnych, pasożytujących w ustroju, wywołaną przez czynniki chemiczne, fizyczne lub biologiczne. Zadaniem przyszłości jest rozwiązanie zagadnienia patogenezy zjawisk biotropicznych i rozstrzygnięcie, w jakim stopniu ma miejsce w tych procesach osłabienie odporności ustroju, a w jakim wzmożenie zjadliwości mikrobów obudzonych.

9. W dyskusji kol. B. Sawicki podkreśla znaczenie mikrobizmu utajonego w wyjaśnieniu patogenezy zapalenia wyrostka robaczkowego, które może trwać skrycie kilka lat, aby, pod wpływem anginy, powstał zespół, charakterystyczny dla ostrego zapalenia wyrostka. Mówca nie zgadza się z prelegentem, aby wymieniony przez niego przypadek zapalenia miedniczek nerkowych i duru można było zaliczyć do charakterystycznych dla mi-

krobizmu utajonego. Zamiast bakteryj „wychodźczych“, mówca proponuje termin „bakterje wypadowe“.

Kol. *Mikułowski* nadmienia, że poddawany w wątpliwość przypadek, mógł przedstawiać zakażenie durowe, wywołane leczeniem, które podziało, jako pewnego rodzaju uraz.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 20.

Prezes: *Witold Orłowski*.

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski*.

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dn. 6 maja 1930 roku.**

Obecnych członków Towarzystwa 36, wprowadzonych gości 28.

Początek o godz. 8-mej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 29.VI.30 r. przyjęto bez zmian.

2. Kol. *Prezes* zawiadamia, że otrzymał od prof. Zena Orłowskiego z Wilna wyjaśnienie, dotyczące dyskusji nad odczytem kol. *N. Pryłuckiego*, wygłoszonym na posiedzeniu w dn. 4 marca r. b. Kol. *Z. Orłowski* zaznacza, że w 2 przypadkach stosowania dożylnego czerwieni Kongo, spostrzegał niezmiernie silne bóle głowy, które trwały parę godzin, bez innych ubocznych objawów.

2. Kol. *Prezes* odczytuje tytuły prac nadesłanych:

*Grudziński*. Nowa, uproszczona metoda rentgenograficzna dokładnego umiejscowienia ciał obcych, metalicznych w gałce ocznej (metoda nakładania schematów), 1929.

*Stankiewicz Z.* Doniosłe uproszczenie metody *Grudzińskiego* umiejscowienia ciał obcych, metalicznych w gałce ocznej. 1929.

*Stankiewicz Z.* Metoda i technika pracy w „Radium-hemmet“ 1929.

*Gutowski*. Le travail des glandes stomacales et du pancréas sous l'influence de l'histamine et la sécrétine pancréatique. 1926.

*Gutowski*. Wpływ nadnerczy na podwyższenie parcia krwi po okresie drażnienia nerwu błędnego. 1925.

*Gutowski*. Role des surrénales dans l'hypertension artérielle après l'excitation du bout périphérique du nerf vague. 1925.

*Gutowski*. Corps actifs du cerveau.

G u t o w s k i. Dépendance de l'activité sécrétoire du pancréas et du mode des excitations chimiques. 1926.

G u t o w s k i. Wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem histaminy, wprowadzonej wprost do krwiobiegu. 1925.

G u t o w s k i. Studium doświadczalne nad ciałami czynnymi mózgu. 1926.

G u t o w s k i e t W a s i l k o w s k a. Variation quantitative du sucre dans le sang et dans le liquide céphalorachidien sous l'influence de l'insuline. 1926.

Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie. Bd. 276. h. 3.

Bibliografia Polskich Wydawnictw Technicznych za pierwsze dziesięciolecie niepodległości 1918—1928. 1929.

Les Villes d'eaux françaises. 1930.

Fukuoka Akta medica. Vol. XXII, Nr. 8, 9, 10, 11, 12. Vol. XXIII. Nr. 1.

Röntgen Praxis. Jahrgang I heft 4.

4. Kol. Stefan Rudzki wygłosił odczyt p. t.:

„Walka społeczna z gruźlicą na wsi“. (Streszczenie własne).

Prelegent podaje główne dane o rozpowszechnieniu gruźlicy płuc na wsi w różnych krajach zachodniej Europy i Ameryki oraz w Polsce. Podkreśla wielką wagę, jaką nadaje zwalczaniu gruźlicy na wsi, cały świat cywilizowany, czego dowodem było postawienie tego tematu na porządku dziennym ostatniego Międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie w 1928 r. Streszcza referat zasadniczy na tym Zjeździe, wygłoszony przez W. Branda (Wielka Brytania), oraz poglądy, wyrażone w dyskusji przez przedstawicieli 16 narodów obu półkul. Charakteryzuje główne kierunki w walce z gruźlicą w różnych krajach, zatrzymuje się dłużej na próbach, robionych w krajach anglosaskich, skandynawskich oraz romańskich. Podaje etapy w walce z gruźlicą na wsi w Polsce (Dobrzycki, Sokołowski, Dunin, Tow. Hygieniczne, Muzeum higieny w Częstochowie, Zjazdy higieniczne, Zjazd w sprawie higieny małych miast i wsi (1918 r.) z referatem autora niniejszego odczytu o walce z gruźlicą w małych miastach i wsiach, działalność Towarzystw przeciwgruźliczych, ogólnopolskiego związku przeciwgruźliczego, akcja Rządu i Samorządów, ośrodki zdrowia, wystawy przeciwgruźlicze).

Prelegent nakreśla obraz współczesnej walki z gruźlicą na wsi; charakteryzuje rolę przychodni przeciwgruźliczych i całego systemu edynburskiego w stosunku do wsi; rolę lekarzy i pielęgniarek społecznych; stosunek do lekarzy praktykujących; udział w walce Rządu, samorządów, szkół i społeczeństwa. Rola wojska w zwalczaniu gruźlicy. Ubezpieczenia społeczne. Ustawodawstwo przeciwgruźlicze i znaczenie jego dla walki z gruźlicą na wsi.

## 5. Dyskusja.

Kol. Mańkowski. W walce z gruźlicą podobnie, jak w walce z innymi chorobami zakaźnymi, odgrywa rolę przede wszystkim zapobieganie, do którego toruje drogę propaganda. Należy podnieść poziom kultury przez podniesienie oświaty oraz zwalczanie antyhygienicznych zwyczajów ludowych.

Kol. Szokałski. Wysyłanie chorych na gruźlicę rozpadową na wieś, jest dla tej ostatniej wysoce szkodliwe. W znacznej mierze ponoszą tu winę Kasy Chorych; powinny one każdorazowo zawiadamiać odpowiednie urzędy prowincjonalne o wysłaniu na ich terytorjum osobnika, szerzącego zarazę.

Należy stworzyć kilka klas poradni przeciwgruźliczych, któreby powstawały we wzajemnej ze sobą zależności: ośrodki gminne przy starostwach oraz województwie. Każdy chory na gruźlicę powinien być wciągany na listę członków Towarzystwa Przeciwgruźliczego, jako bezpośrednio zainteresowany w walce z gruźlicą.

Kol. Janiszewski. Dane statystyczne z Małopolski z pierwszego dziesiętka lat bieżącego stulecia, stwierdzają, iż śmiertelność z gruźlicy była na wsi mniejsza, niż w mieście. Pomysł ośrodka zdrowia jest pomysłem polskim, zrealizowanym już w roku 1910, w postaci powiatowego urzędu zdrowia w Krakowie. Mówca wyraża zadowolenie, iż myśl budowy tanich sanatoriów, którą w Polsce wypowiedziało Towarzystwo Przeciwgruźlicze w r. 1900, uzyskała obecnie prawo obywatelstwa. Należy zachować pewną równowagę pomiędzy tworzeniem poradni, odgrywających rolę propagandową, a budową sanatoriów. Mówca podkreśla dalej znaczenie katedry higieny na wydziale lekarskim.

Kol. Wroczyński podkreśla znaczenie statystyki pobowych, chorych na gruźlicę. Należy wprowadzić na miejsce pielęgniarek wyspecjalizowanych w walce z gruźlicą, pielęgniarki o przygotowaniu ogólnem. Należy tworzyć małe ośrodki zdrowia i to nie tylko dla walki wyłącznie z gruźlicą, ale także w celach higieny ogólnej.

Kol. Cieszyński. Należy wyszkolić w zakresie higieny akuszerki, tak, aby mogły one spełniać rolę zarówno położnych, jak też higienistek. Byłby to najtańszy sposób rozwiązania sprawy pielęgniarstwa na wsi. Gdyby akcja szczepień metodą Calmette okazała się skuteczną, to połączenie jej z wyżej wymienioną akcją higieny, dałoby najtańszy i najlepszy sposób rozwiązania sprawy walki z gruźlicą na wsi.

Kol. Chodźko. Walka Kas Chorych z gruźlicą napotyka na trudności, związane z brakiem ogólnopaństwowego planu walki z tem cierpieniem. Kasy Chorych stoją na stanowisku, iż należy budować uzdrowiska podmiejskie. Wielkim jednak błędem jest budowa sanatorium w Otwocku, które może pomieścić zaledwie 250 osób, przy obecności w Warszawie 20 tysięcy chorych na gruźlicę. Należy wykorzystać tereny, sąsiadujące z tem sanatorium, dla budowy uzdrowisk, tembardziej, iż o nowe tereny jest bardzo

trudno, gdyż ludność wiejska nie chce sprzedawać ziemi pod budowę sanatorjów. Błędem ustawowym jest rozbitcie Kas Chorych na 266 samodzielnych instytucji, co spowodza zupełną niewydolność wielu Kas prowincjonalnych w spełnianiu obowiązków w stosunku do ubezpieczonych, ponoszących wszędzie jednakowe świadczenia.

Kol. S a w i c k i zapytuje, jaką odgrywa rolę w walce z gruźlicą na wsi, inicjatywa prywatna zagranicą, oraz jak daleko posunięte zmiany gruźlicze zwalniają u nas poborowych z wojska. Mówca jest zwolennikiem budowy sanatorjów na 40—50 łóżek; w mniejszych uzdrowiskach, koszt utrzymania chorych są większe. Mówca jest przeciwnikiem oddawania spraw higieny ogólnej w ręce akuszerok, gdyż to spowodzić może utratę do nich zaufania ludności, a tem samem jest nieżyciowe.

Kol. C i e s z y ń s k i wyjaśnia, iż rola akuszerok polegałaby raczej na namawianiu do zwrócenia się o poradę lekarską, niż na donoszeniu władzy o chorobach zakaźnych. Powiat skierniewicki i suwalski wprowadziły już ten system, który wytrzymuje próbę życiową.

Kol. R u d z k i. Rząd w walce z gruźlicą odgrywa rolę ustawodawczą, inne władze zaś posiadają różne znaczenie w zależności od kraju. Zarówno u nas, jak też gdzieindziej, 1% poborowych wykazuje czynną gruźlicę płuc. Małe szpitaliki wiejskie o 10—50 łózkach nie muszą posiadać stałego lekarza; główną rolę spełniać winna pielęgniarka; najbliższy lekarz może występować w charakterze kierownika szpitala. Szczepienia metodą Calmette'a nie powinny osłabiać akcji społecznej.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 35.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz Doroczny: *Jan Roguski.*

---

## PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 13 maja 1930 r.**

Obecnych członków T-wa 67, wprowadzonych gości 36.

Część I (wspólnie z Polskiem Towarzystwem Anatomiczno-Zoologicznem). Obrady w języku francuskim.

1. Prof. A. P o l i c a r d wygłosił odczyt p. t.

„Kilka zagadnień aktualnych z dziedziny histo-fizjologii płuc” (streszczenie własne).

Dzisiejsze dane klasyczne z dziedziny histologii tkanki płuc są obecnie przedmiotem rewizji oraz przedmiotem badań z punktu widzenia fizjologii i patologii.

Budowę wysięółki pęcherzyków należy uważać za niejednołitą. To, co nazywamy „płytkami bezjądrowemi“, nie istnieje wcale. Powietrze pęcherzyków styka się bezpośrednio z tkanką łączną podścieliska płuc. Komórki, spotykane w pęcherzykach (małe komórki jądrzaste) należy uważać raczej za łącznotkankowe, niż nabłonkowe; posiadają one bowiem zarówno charakter morfologiczny histjocytów, jak też ich własności fizjologiczne.

W podścielisku płuc jest daleko więcej tkanki mięśniowej gładkiej, niż się to powszechnie mniema. Znaczenie tych włókien mięsnych powinno być podniesione w omawianiu fizjologii i patologji płuc.

## 2. Dyskusja.

Kol. Mańkowski (streszczenie własne) przypomina wysięłki Reterera, który usiłował dowieść, że tkanka łączna może zamienić się w nabłonkową. Mesenchyma wytwarza się z mezodermy, a ta wszak sąsiaduje z entoderma, z której powstaje nabłonek narządów oddechowych. Płytki bezjądrowe, według pojęć klasycznych, są wypustkami komórek jądrzastych. Wzrost narządu powoduje powiększenie się powierzchni pęcherzyków i spłaszczanie komórek. Koncepcja prelegenta jest w niezgodzie z patologją kliniczną. W plwocinie częstokroć stwierdzamy dobrze znane komórki nabłonka pęcherzykowego, nie mające cech mesenchymalnych.

Kol. Loth zapytuje, czy istnieją również włókna mięsne, rozszerzające pęcherzyki płucne i jaki jest mechanizm, powodujący rozszerzenie się płuc, nawet przy otwartej klatce piersiowej.

Prelegent, odpowiadając na zapytania, stwierdza, iż, aczkolwiek wiemy o istnieniu mięśniówki, jednak czynności jej nie znamy. Badania klasyczne o budowie pęcherzyka są przeniesione na ludzi ze spostrzeżeń u zwierząt zimnokrwistych.

## C z ę ś ć II.

3. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 6 maja 1930 r. przyjęto bez zmian.

4. Kol. A. Krasuski wygłosił odczyt p. t.

„Poglądy Jonstona na choroby płuc i serca (streszczenie własne).“

Prelegent na wstępie charakteryzuje wiek XVI i XVII i mówi o głośniejszych przejawach myśli naukowej w tym wieku.

Następnie podaje szkic biograficzny życia Jonstona. Jan Jonston urodził się w Szamotułach, w województwie Poznańskiem, w r. 1603, zmarł w Polsce w 1675 r. Jest on autorem bardzo licznych dzieł z zakresu historii, medycyny, nauk przyrodniczych.

Był wychowawcą synów Leszczyńskiego, wojewody bełzkiego, a następnie lekarzem nadwornym Leszczyńskich.

Prelegent omawia poglądy Jonstona na choroby serca i płuc, zawarte w Synthagma med. procticae (1648 r.).

## 5. D y s k u s j a.

Kol. L. Z e m b r z u s k i (streszczenie własne).

podkreśla, iż dobrze się stało, że kol. prelegent poruszył przynajmniej parę fragmentów z bardzo obszernego dzieła Jana Jonstona z Szamotuł. Postać to mało znana, chociaż od paru lat interesują się nią nie tylko lekarze i przyrodnicy polscy, lecz i badacze obcy. Dzieła Jonstona trzeba rozpatrywać na tle epoki, w której żył i pisał, t. j. na tle XVII w. w Polsce, kiedy nastąpiło zahamowanie u nas rozwoju medycyny. Wszystkie wyższe uczelnie nasze chyliły się do upadku, zapal wśród Polaków do studiów w uniwersytetach zagranicznych osłabł, do medycyny zaczęły wkradać się przesady i zabobony, a wykonawstwo lekarskie spoczęło w rękach partaczy i szarlatanów. Dzieła lekarskie Jonstona w takiej epoce nie były bez znaczenia, pomimo, iż brakło im oryginalności i były właściwie kompilacjami, ale zasługa Jonstona polegała raczej na przeszczepieniu i popularyzowaniu w Polsce prądów i kierunków lekarskich, panujących na zachodzie. Tak więc Jonston nowych wartości nie wniósł ani do medycyny polskiej, ani do medycyny powszechnej i z tego punktu widzenia należy rozpatrywać i te fragmenty, które przytoczył prelegent. Wobec tego Z. proponuje zmianę tytułu odczytu na „Choroby płuc i serca w dziele lekarskiem” lub co najwyżej „w oświeceniu Jonstona”, nie wiadomo bowiem dobrze, co w „poglądach” jego było oryginalnem, a co zapożyczonem od innych autorów i badaczy.

Właściwie dla historii kultury polskiej ważniejsze są dzieła Jonstona z dziedziny nauk przyrodniczych, do których odnoszono się w XVII w. w Polsce z zupełnem indyferentyzmem wbrew temu, co miało miejsce w Europie zachodniej.

Kol. M e l a n o w s k i zaznacza, iż poglądy Jonstona na choroby oczu nie odbiegają wiele od poglądów papieża Jana XXVII. Mówca zapytuje prelegenta, czy ówczesne, nowe poglądy Harvey’a znalazły swój wyraz w dziele Jonstona.

Kol. P r e l e g e n t w odpowiedzi stwierdza, iż Jonston nigdzie Harvey’a nie wspomina.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 m. 20.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz Doroczny: *Jan Roguski.*

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 20 maja 1930 r.**

Początek o godz. 8-iej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 31, wprowadzonych gości 25.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 maja r. b. przyjęto bez zmian.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Biblioteki:

Podsoński Wł. O siarce i kąpielach siarczanych.

Zweigbaum M. Ś. p. Dr. Eugenjusz Lewenstern.

Komocki W. Ueber die Frage der normalen Erythrozytenzahl im menschlichen Blute im Lichte der Untersuchungen der letzten Jahre. 1930.

Komocki W. Uber den Bau der Thymozyten. 1930.

Grzywo-Dąbrowski W. Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego za rok 1929/1930.

Pamiętniki Wiktora Szokalskiego. 1928.

Przegląd Biblioteczny. Rocznik IV, zesz. 1.

Rak w Polsce.

Bainbridge. Zagadnienie raka. 1930.

Pamiętnik Kliniczny szpitala Dzieciątka Jezus. Tom XI.

Lekarz Kolejowy, kwartalnik. 1930. Nr. 2.

3. Kol. J. Bukowską wygłosiła odczyt p. t.:

„Współczynnik kwasowozasadowy u dzieci, leczonych w Ciechocinku“ (streszczenie własne).

Dla ustalenia równowagi kwasowo-zasadowej ustroju ważniejszym jest określenie absolutnej ilości, wydalanego z moczem, amonjaku, niż stosunku zasadowego. Stan przemiany materji uwiadcza się przez określenie, wydalanego z moczem, amonjaku. Współczynnik amonjakałny jest to stosunek procentowy ilości azotu amonjaku do ogólnej ilości wydalanego z moczem N.

Badania nasze przeprowadziliśmy nad moczem dzieci, poddawanych zabiegowi kąpielowemu, ustalając ilość wydalanego amonjaku dla wykazania zakwaszenia moczu. Materiał użyty był wyłącznie dziecięcy ze schorzeniami, najczęściej spotykanymi w Ciechocinku: zółzy i krzywica. Warunki pobierania kąpeli dla wszystkich rodzajów kąpeli były te same, a mianowicie czas trwania 10 min., ciepłota 28° R., odstęp 2 dni. Dzieci pozostawały na odżywianiu mieszanem. Wszelkie zabiegi lecznicze były wykluczone. Mocz otrzymywano bezpośrednio przed kąpielą i po kąpeli. Badania dokonywano na moczu świeżym w najkrótszym czasie po oddaniu. Azot całkowity oznaczano metodą Kjeldahla za po-

mocą mikroaparatu Parnasa, amonjak — metodą Folina, częściowo Schlösinga. Za podstawę badań przyjęto kąpiele źródlane w Ciechocinku ze źródła 4%. Badania nad wpływem kąpeli sztucznych, mineralnych z soli ciechocińskiej, tego samego stężenia, oraz z wody bez żadnych domieszek, miały znaczenie porównawcze.

Wynik: Kąpiele słodko-wodne dały w wyniku, u badanych 20 dzieci, zmniejszenie wskaźnika zakwaszenia, a zatem przesunięcie pH w kierunku zasadowym.

Kąpiele sztuczne z soli ciechocińskiej 4% dały u 22 dzieci zwiększenie współczynnika zakwaszenia od 1,4:2,8 aż do 2,1:18,0.

Kąpiele sztuczne 4% powtórne wykazują, że, przy dłuższem pobieraniu kąpeli sztucznych, obraz odczynu powraca do normy oddziaływania na kąpiele słodkowodne, czyli wskaźnik zakwaszenia zmniejsza się w stosunkowo krótkim czasie.

Kąpiele 4% źródlane dają stały odczyn zakwaszenia, bez różnicy na czas trwania zabiegu (do 12), przyczem różnica współczynnika amonjakalnego waha się od 4,3:5,5 do 3,5:20,7. A zatem odczyn uważać należy za dość silny.

#### Wnioski:

1) kąpiele słone, źródlane w Ciechocinku wpływają na zwiększenie kwasoty w moczu u dzieci, bezpośrednio po kąpielach;

2) odczyn ten nie jest przemijający, w granicach norm przyjętych w lecznictwie;

3) jakkolwiek zakwaszenie moczu towarzyszy również kąpielom słonym sztucznym, to jednakże zdolność odczynowa u dzieci wyczerpuje się wkrótce.

W dyskusji kol. Fr. Goebel podkreśla rolę kwasicy w patogenezie krzywicy. Prawdopodobnie kąpiel ciechocińska jest bodźcem, powodującym wydalanie kwasów z ustroju. Należy się spodziewać, po ukończeniu leczenia kąpielami, powrotu wskaźnika zakwaszenia do normy.

4. Kol. E. Apfelbaum wygłosił odczyt p. t.:

„Badania doświadczalne i kliniczne nad leczeniem niedokrwistości wątroby i jej wyciągami“ (streszczenie własne).

Celem pracy niniejszej było: 1) pogłębienie nierozstrzygniętego dotąd zagadnienia, dotyczącego sprawy „swoistości“ podawanej leczniczo wątroby, t. zn. odpowiedź na pytanie, czy może być ona skuteczną nie tylko w niedokrwistości złośliwej, ale w niedokrwistości innych typów; 2) wnikięcie w mechanizm, leczniczego działania wątroby w niedokrwistości Biermera, na drodze stosowania specjalnie przyrządzanych wyciągów, ze szczególnem uwzględnieniem roli witamin i hormonów wątrobowych, w leczeniu niedokrwistości. Część pierwsza pracy wykonana była na zwierzętach (psach), część druga na ludziach, dotkniętych chorobą Biermera.

Dla celów porównawczych wywoływałem, w części doświadczalnej, niedokrwistość zwierzęcą 3 typów: 1) metoda skrwawiania (dwukrotny upust z żyły szyjnej po 300 cm<sup>3</sup> krwi); 2) metoda he-

molityczna (dwukrotne wstrzyknięcia dożylnie po 400 cm<sup>3</sup> przekrojonej wody; 3) met. fenylhydrazynową (dwukrotne zastrzyknięcie podskórne fenylhydrazyny w ilości 0,03 gr. na kilo wagi zwierzęcia). Każda grupa składała się: 1) ze zwierzęcia kontrolnego, 2) karmionego wątroba, 3) karmionego odpowiednimi wyciągami.

Stosowane wyciągi przyrządzane były 3-ma sposobami (Tow. „Spiess i Syn“):

1) przez wysuszanie wątroby acetonem, a więc całkowite pozbawienie jej składników tłuszczowych i lipoidalnych, tem samem i witamin tłuszczowych; 2) wysuszanie siarczanem sodu; 3) wysuszanie w ten sam sposób, lecz uzupełnione przez uczulanie promieniami ultrafioletowymi. Z badań tych wynika, że 1) wątroba nie miała wpływu na przebieg odnowy krwi w niedokrwistości zwykłej; 2) przyspieszyła nieco odnowę krwi w n. hemolitycznej, w kierunku liczbowego wzrostu liczby krwinek, bez wpływu na hemoglobinę, skąd powstała dysproporcja pomiędzy liczbą krwinek a ilością hemoglobiny; przypuszczalnie więc wątroba działa bodźcotwórczo na szpik w kierunku wzmożonej produkcji niepełnowartościowych krwinek; 3) działanie wątroby w n. fenylhydrazynowej było najkorzystniejsze, co przemawia za przypuszczeniem, że podawana wątroba może dodatnio wpływać na leczenie niedokrwistości różnych typów i działanie jej jest, być może, zależne od stopnia i rodzaju zatrucia ustroju; 4) badania nad nieskutecznością wątroby w niedokrwistości zwykłej (ze skrwawienia) są zgodne z badaniami klinicystów na materiale ludzkim, natomiast rozbieżne z wynikiem badań Whipple'a, co tłumaczyć można specjalną metodą skrwawienia, jaką się autor posługiwał (przewlekłe skrwawienia); nie wyklucza również roli, zawartych w wątrobie, białek i katalicznego wpływu żelaza, gdyż autor podawał wątrobę w dużej ilości; 5) stosowane w niedokrwistościach zwierzęcych, wyciągi okazały się bezskuteczne, co, być może, jest również uzależnione od małej zawartości w nich białek.

Badania kliniczne przeprowadziłem na 7 chorych, dotkniętych niedokrwistością złośliwą, stosując wyżej wymienione rodzaje wyciągów wątrobowych.

W wyniku badań uwzględniałem wiek chorych, czas trwania choroby, ilość nawrotów, czynniki etiologiczne, a to ze względu na zależność przebiegu leczenia od wyżej wymienionych czynników. Z badań tych wynika:

1) Naogół wyciągi były skuteczne w 57% przypadków, sprowadzając w 4-ch przypadkach zupełne zwolnienie choroby; nieskuteczne były naogół w przypadkach ciężkich;

2) pod względem hematologicznym, skuteczność nie przekraczała około  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$  wątroby, co świadczy o tem, że, przez wysuszenie, wątroba straciła wiele czynnych składników;

3) wyciągi acetonowe, pozbawione tłuszczu i witamin tłuszczowych, nie były w działaniu słabsze od wyciągów siarczanowych, co może być przyczynkiem do obszernie omawianego przezemnie, w poprzednim odczycie, zagadnienia teorii witaminowych (A) nie-

dokrwistości złośliwej, stanowiąc jeszcze jedno zastrzeżenie, obok wielu innych, przemawiających przeciw tej teorii;

4) wyciągi uczulone, w działaniu swem, były skuteczniejsze od wyciągów nieuczulonych, co przemawiałoby przeciwko roli leczniczej prowitaminy D, uczynnionej promieniami ultrafioletowemi;

5) czynniki światło - i ciepłoczułe brane były w badaniach pod uwagę, gdyż wyciągi były otrzymywane w próżni, w zwykłej temperaturze;

6) wszystkie wyciągi wywołały odczyn retikulocytny słabszy i opóźniony w porównaniu do działania wątroby, co przemawia za tem, że, przez wysuszenie, wątroba utraciła wiele czynnych hormonów, wpływających bodźcotwórczo na szpik kostny. Retikulocytny odczyn jest naogół najpoważniejszym poparciem teorii hormonalnej działania wątroby na szpik, występuje bowiem jeszcze przed poprawą kliniczną i hematologiczną. Słabszy odczyn retikulocytny świadczy o zmniejszonej ilości hormonów w wyciągach;

7) po wyciągach, w kilku przypadkach, wystąpił w okresie zwolnienia negatywny odczyn leukocytny, co się naogół dość często zdarza w przebiegu leczenia n. złośliwej wątroby;

8) erytrokonty Schillinga były obecne prawie we wszystkich przypadkach (5), potwierdzając pogląd autora o ich swoistości w niedokr. złośliwej. Sądzę, że są one patologiczną barwliwością polichromatyczną zatrutych jadami krwinek, za czem szczególnie przemawia znajdowana, współrzędnie z erytrokontami, obfita polichromatyczna ziarnistość licznych krwinek.

Wyników badań powyższych nie ujmuję bynajmniej we wnioski, traktuję je raczej, jako przyczynki do pogłębienia wyżej wymienionych zagadnień, ze względu na szczupłość materiału doświadczalnego i klinicznego.

## 5. Dyskusja.

Kol. Fr. Goebel zwraca uwagę, iż w ostatnich czasach, w celu eksperymentalnego otrzymania niedokrwistości typu złośliwego, stosuje się pochodne metylowe toluylendiaminy.

Kol. Galewski zapytuje prelegenta o jego zapatrywania na leczenie niedokrwistości złośliwej preparatami żołądka.

Kol. Mańkowski wysuwa brak w badaniach prelegenta obrazu mikroskopowego szpiku.

Dyr. Otolski nadmienia, iż po raz pierwszy, w ciągu 20-letniej pracy na polu farmacji przemysłowej, zdarzyło mu się mieć możność przygotowania preparatu, służącego specjalnie do badań naukowych. Fakt ten mówca uważa za zapoczątkowanie dalszych poważnych prac, łączących medycynę i farmację krajową.

Kol. W. Orłowski wspomina o badaniach, wykonywanych w r. 1910—1912 w klinice Kazańskiej, nad niedokrwistością fenylhydrazynową u świnek morskich; badania szpiku stwierdzały zmiany analogiczne do zmian w niedokrwistości typu Biermera. Co się

tyczy leczenia wątroby, to wcale ona niedokrwistości złośliwej nie wylecza; sprowadza jedynie poprawę obrazu hematologicznego i samopoczucia chorego. Dawniej chorzy ci ginęli wśród objawów niedokrwistości, dziś giną z powodu zatrucia układu nerwowego ośrodkowego. Zjawisko to ma wielkie znaczenie w wyjaśnieniu patogenezy niedokrwistości złośliwej.

Kol. Apfelbaum odpowiadając kol. Goebelowi, zaznacza, iż nie stosował toluylendianiny, opierając się na dawnych badaniach Minkowskiego i innych, którzy podkreślali niszczące działanie tego związku na tkankę wątrobową. W odpowiedzi kol. Galewskiemu podkreśla, iż według badań autorów amerykańskich, zawartość żółądka chorych na niedokrwistość złośliwą nie zawiera prohormonu, uczulającego hormon wątrobowy w kierunku działania na szpik.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10-ej.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 27 maja 1930 r.**

Początek o godz. 8-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 27, wprowadzonych gości 26.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20 maja 1930 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytuje list kol. Fr. Goebela.

Wielce Szanowny Panie Prezesie i Profesorze!

Uprzejmie upraszam o sprostowanie odpowiedzi kol. Apfelbauma, udzielonej mi na posiedzeniu Tow. Lek. z dnia 20. V. 1930 r. W dyskusji o wywołaniu doświadczalnej „niedokrwistości złośliwej“, mówiłem o pochodnych metylowych toluylendiaminy. W odpowiedzi kol. Apfelbaum mówił wyłącznie o toluylendiaminie samej, która nie jest przecież tym samym związkiem.

Obecnie stosuje się zamiast fenylohydrazyny, również hydroksylaminę, która wywołuje megalocytozę, anizocytozę, poikilocytozę oraz polichromazję. Zdaje mi się, że niedokrwistość, w której, jak np. po fenylohydrazynie, wskaźnik barwnikowy jest mniejszy od jedności, jak to zresztą potwierdził w swej pracy kol. A., nie może być uważana za doświadczalną niedokrwistość złośliwą.

Przypuszczam również, czego w dyskusji już nie podnosiłem, że, t. zw. „lapsusem, było powiedzenie prelegenta, że psy nie po-

siadają konstytucji, i wobec tego doświadczeń na zwierzętach nie można porównywać z obserwacjami klinicznymi.

Pozostają z głębokim poważaniem

(—) Goebel

### 3. Kol. Pręgowski:

„Pokaz przypadków psychiatrycznych po leczeniu preparatami gruczolowymi“ (streszczenie własne).

1) Król., 35 l., zamężna, z 3-giem dzieci. *Retroversio uteri libera*. Od 3 lat miewała menstruacje wzmożone, trwające do 7-niu dni, oraz częstsze, co 3 tygodnie. W czasie tych menstruacji Król. była przygnębiona, przejawiała urojenia depresyjne, usiłowała odebrać sobie życie. Po leczeniu Sistomensiną Ciba, stosowaną od 15.XI do 15.XII 1929 r. i od połowy lutego do czerwca 1930 r., krwawienia zmniejszyły się i przygnębienia ustąpiły. Pręg. dodaje, że wypowiedziany przezeń (w „Psychiatr. — neurolog., Wochenschr., Internationales Korrespondenzblatt“ 1927 r. Nr. 52) pogląd o jajniko-pochodnej patogenezie psychoz menstruacyjnych, do których należy dany przypadek, został później wypowiedziany także przez Bondarewa w „Zeitschr. f. die gesam. Neurologie u. Psychiatrie“ 1928 Bd. 113.

2) Cztery przypadki — 3 psychosteniczki N. l. 39, Tar. l. 27, Drab. l. 29, i 25-letnia schizofreniczka Gol. — z cyklicznie występującymi stanami sadyzmu i żądz niszczenia. Leona N. chwyciła raz zębami za gardło pielęgniarkę; 2-krotnie, bez widocznego powodu, zraniła do krwi spokojne chore; podaje ona, że widok, a jeszcze bardziej dotknięcie krwi osoby, przez nią zranionej, sprawiły jej niezwykle zadowolenie.

Chora Gal. 2-krotnie ugryzła inną spokojną chorą. Obserwacje na oddziale doprowadziły Pręg. do twierdzenia, że stany żądz niszczenia i sadyzmu u przytoczonych chorych występowały w czasie menstruacji: przytem u chorej Tar., która miewała dwukrotnie w miesiącu krwawienia, także stany agresywności i niszczenia występowały dwa razy w miesiącu. Gdy w grudniu 1929 r. u ch. Tark. nie pojawiło się jedno krwawienie, nie było wtedy i zaburzenia psychicznego. Ginekologiczne badanie wykazało u 2 pierwszych i u ostatniej chorej, — *Hypoplasia uteri*. Dalej zostało stwierdzone, że menstruacje tych chorych były szczupłe. Stosowanie Agomensiny Ciba, w ciągu 5 miesięcy, pociągnęło za sobą stopniowe osłabienie aż do zupełnego ustąpienia stanów sadystyczno-niszczycielskich u naszych chorych. Bliższe dane w tej sprawie znajdują się w niedługo mającej pojawić się publikacji prelegenta w „Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. Internationales Korrespondenzblatt“.

3) Dwaj chorzy mężczyźni. z występującymi cyklicznie stanami podniecenia: a) Mat.,

l. 38, *schizophren* od 15 lat, ze stwierdzonymi od 4 lat cyklicznie występującymi stanami podniecenia: bił otaczających, niszczył ubranie i pościel. Po trzymiesięcznym stosowaniu preparatu jądrowego Spiessa w lecie 1928 r., Mat. przez szereg miesięcy nie wykazywał podnieceń.

b) A j z e n s t., l. 28 robotnik. W 15-tym roku życia miewał w ciągu roku, po 8 dni każdego miesiąca, podniecenia psychiczne. Po 4-letniej przerwie podniecenia te powtórzyły się, stając się coraz liczniejszymi. W miarę stosowania preparatu jądrowego Spiessa, 8-dniowe podniecenia stopniowo osłabły; w czerwcu 1929 podniecenia nie było a Ajz. w dniu 2 lipca 1929 r. został wypisany i leczenie odrazu przerwane. Po kilku miesiącach zaczęły znowu pojawiać się cykliczne podniecenia. Dnia 7. I. 1930 r. chory wrócił na oddział. Zaczęto leczenie preparatem Richtera od jednej ampułki wyciągu słabszego, zwolna zwiększając dawki. Podniecenie chorego co miesiąc stawało się słabsze i w maju 1930 r. nie zauważono żadnego podniecenia.

4) Dwie chore z psychozą porodową z pośród 5-ciu, leczonych przez prelegenta preparatem z szyszynki (epiphysanem Richtera), według koncepcji kol. Bogackiego. W świeżych przypadkach psychozy porodowej, wcześniej rozpoczęte stosowanie wyciągu szyszynki dało w 3 przypadkach prelegenta niezwykle wyniki: na 3-ci dzień stwierdzono poprawę, na 6-y, 8-y dzień świadomość przebytej choroby, po dalszych 8 — 10 dniach lekkiego pogorszenia, zwłaszcza średniego stopnia depresji, — chore na stałe wróciły do zdrowia. W 2 przypadkach, mniej świeżych psychozy porodowej, gdy leczenie rozpoczęte zostało nieco później, wpływ leczenia szyszynką był mniej uderzający; po dość szybkim wystąpieniu poprawy, utrzymuje się przez szereg tygodni przygnębienie, wobec czego prelegent uciekał się do innych zabiegów, jak wstrzyknięcie nukleiny, aurołu i t. d. Bliższy opis tego leczenia pojawi się niedługo w wspomnianym powyżej tygodniku niemieckim psychiatryczno-neurologicznym.

4. W dyskusji kol. Trzciński zapytuje, co skłoniło kol. prelegenta do stosowania preparatów jądrowych u mężczyzn.

Kol. W. Orłowski poddaje w wątpliwość skuteczność leczniczą omawianych preparatów, przedstawionych przez kol. prelegenta w psychozach ostrych, które wszak mają zwykle przebieg krótkotrwały.

Kol. Pręgowski odpowiadając stwierdza, iż obecność omawianych cierpień u mężczyzn nasunęła mu, przez analogję, myśl stosowania preparatów gruczołowych.

5. Kol. El. Reicher wygłosiła odczyt p. t.:

„O podstawowej przemianie materji i o pracy serca u chorych z cierpieniami narządu krążenia“ (streszczenie własne).

Prelegentka wspomina, na wstępie referatu, nowoczesne badania nad zaburzeniem równowagi kwasowo zasadowej i przemian

ny materji u chorych z cierpieniami narządu krążenia oraz omawia wpływ tych zaburzeń na stan krążenia. We własnych badaniach określała, metodą sphygmobolometryczną Sahliego, pracę tętna u 47 chorych z różnemi cierpieniami narządu krążenia. Badania te wykazały, że w spokoju, w stanie wyrównania u chorych z miażdżycą, z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, praca tętna i wydajność krążenia są powiększone. Badanie czynnościowe, wykonane po określonym ruchu tą samą metodą, wykazuje, że u chorych wyrównanych, po ruchu, wzrasta praca tętna i wydajność krążenia, u tych zaś, których krążenie znajduje się na granicy wyrównania, praca tętna i wydajność krążenia się zmniejszają. Ten sposób badania pozwala zatem, w zależności od wahań pracy tętna, określić do pewnego stopnia rozmiar siły zapasowej serca.

Następnie prelegentka omawia wnioski z badań podstawowej przemiany materji u 30 chorych z różnemi cierpieniami narządu krążenia. Badania te wykazały, że naogół, choć nie zawsze, u chorych z wyrównanemi wadami serca, podstawowa przemiana materji jest prawidłowa, i że się powiększa z chwilą wystąpienia ciężkich zaburzeń wyrównania. W jednym przypadku stwierdzono jej zmniejszenie, w stanie agonalnym. Ponieważ zwróciło uwagę, że zwiększenie podstawowej przemiany materji występuje szczególnie wyraźnie wtedy, gdy, przy zaburzeniach wyrównania, stwierdza się powiększenie zastoinowe wątroby, nie doprowadzające jednakże jeszcze w jej marskości, że występuje ono także w przypadkach zupełnie dobrego wyrównania, ale gdy istnieje powiększenie wątroby z innych przyczyn — przeto przeprowadzono badania podstawowej przemiany w pewnej liczbie chorych z cierpieniami wątroby, ale ze zdrowym narządem krążenia. Badania te wykazały, że i wtedy, w dość dużej liczbie przypadków, podstawowa przemiana może być powiększona. Prelegentka omawia w końcu możliwości, które w przebiegu cierpienia wątroby mogą wpływać na zmiany w zachowaniu się podstawowej przemiany materji.

6. W dyskusji kol. A. Rytel podkreśla, iż w badanych przez prelegentkę przypadkach były, obok braku wyrównania, stany duszności, które same mogą wzmacniać bardzo znacznie przemianę podstawową. Trudno zatem ustalić, co w badaniach omawianych należy przepisać duszności, a co czynnikowi wątrobowemu.

Kol. A. Kapłan wysuwa szereg innych czynników, które należy uwzględnić przy ocenie podstawowej przemiany materji, jak różnica w zawartości tlenu we krwi tętniczej i żylniej, izot minutowy serca i in.

Kol. E. Reicher (streszczenie własne).

W odpowiedzi prelegentka stwierdza, że w przypadkach cięższej duszności, chorzy nie byli badani, gdyż w tych warunkach wykonanie podstawowej przemiany materji, lege artis, jest niemożliwe.

Posiedzenie zamknięto o godz. 9 min. 15.

Prezes: Witold Orłowski

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

## PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 10 czerwca 1930 r.**

Początek o godzinie 8-ej punktualnie

Obecnych członków T-wa 17. wprowadzonych gości 20.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 27 maja 1930 r. przyjęto bez zmian.

2. Kol. Wiceprezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

Adler. Beitrag zur Prognose der Urogenitaltuberkulose im Kindesalter. 1830.

Ambrasówna. Pięć przypadków samorodnego pęknięcia serca. 1930.

Bączkiewicz. Jak ochraniać dzieci od chorób zakaźnych. 1906.

Bączkiewicz. Jak ochraniać zdrowie niemowląt. 1906.

Bączkiewicz. O żywieniu niemowląt. 1905.

Bączkiewicz. Jak chronić dzieci od gruźlicy. 1912.

Bączkiewicz. Ambulatorja dla dzieci w świetle liczb. 1912.

Bączkiewicz. W sprawie udziału naszego w Zjazdach międzynarodowych. 1913.

Bączkiewicz. Prof. Dr Maciej Jakubowski. Wspomnienie pośmiertne. 1916.

Bączkiewicz. Sprawa opieki nad dziećmi na kongresie międzynar. w Brukseli. 1914.

Bączkiewicz. Notatki kazuistyczne z ambularjum dla dzieci w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

Bączkiewicz. Pilniejsze potrzeby wsi i miasteczek w zakresie profilaktyki i lecznictwa. 1918.

Bączkiewicz. Przypadek niezwykłego rozszerzenia żołądka. 1888.

Bączkiewicz. O szybkości wchłaniania jodku potasu w kiszce prostej. 1892.

Bączkiewicz. Wychowanie fizyczne młodzieży, jako zadanie społeczne.

Bączkiewicz. Szkoła, jako krzewicielka higieny praktycznej. 1913.

Bączkiewicz. Woda. 1922.

Bączkiewicz. Intubacja krtani w dławcu u dzieci. 1893.

Bączkiewicz. O surowicy antydyfterytycznej. 1894.

Bączkiewicz. Leczenie dyfterytu gardzieli u dzieci. 1894.

Bączkiewicz. O stosowaniu surowicy antydyfterytycznej. 1895.

Bączkiewicz. Przyczynek do nauki o trawieniu chimosinowem. 1897.

Bączkiewicz. Otyłość oseska. 1897.

Bączkiewicz. Walka ze śmiertelnością u dzieci. 1908.

Bączkiewicz. Karol Marcinkowski. 1923.

Bączkiewicz. W sprawie propagandy nauki polskiej. 1910.

Bączkiewicz. Wieś Wisła, jako letnisko i uzdrowisko. 1910.

Bączkiewicz. Rzut oka na działalność Naczelnej Izby Lek. w dwóch pierwszych jej kadencjach. 1929.

Bączkiewicz. Karta z dziejów „Walki z rusyfikacją” na polu leczenia. 1929.

Bączkiewicz. Zadania Izby Lekarskich. 1925.

Bączkiewicz. W sprawie Wszechrólwiańskiego Związku Lekarzy. 1930.

Bączkiewicz. L'organisation du corps médical en Pologne. 1925.

Przybowski. Defense de la profession médicale. 1925.

Chodkowski. Trzy przypadki wrodzonej wadliowości stożków tętniczych serca. 1930.

Czarnocki. Ostra martwica trzustki. 1930.

Hirszfeld, Halberówna i Laskowski. Badania serologiczne nad nowotworami człowieka. 1929.

Bainbridge. Zagadnienia raka.

Adamowiczowa, Czyżewicz. i t. Rak w Polsce.

3. Kol. Wiceprezes przedstawił decyzję Zarządu, akceptującą wniosek Komitetu Konkursowego im. Dra Wacława Mączkowskiego, kwalifikującą do nagrody pracę Doc. Dra Władysława Szenajcha p. t.

„Szpital im. Karola i Marji dla dzieci”. Budowa, organizacja, działalność. Warszawa. 1926.

4. Kol. M. Wierzuchowski wygłosił odczyt p. t.

„Wpływ insuliny na „cukrzycę” głodową, białkową i tłuszczową” (streszczenie własne), w którym przedstawił wyniki swoich badań, wykonanych z pomocą p. słuch. med. W. Pieskowa.

Wyrażenie „cukrzyca” zostało użyte dla uwydatnienia niedomogi przyswajania glikozy, wprowadzanej dożylnie ze stałą prędkością w ciągu 10 godzin, niedomogi, ukazującej się po głodzie, spożywaniu białka i tłuszczu.

Zasadniczym wynikiem tych badań jest fakt, że t. zw. „faza pierwsza“, występująca w pierwszych okresach dożylnego wprowadzania glikozy, opisana dla danej prętkości wprowadzania glikozy przez Wierzuchowskiego w dawniejszych doniesieniach, ogłoszonych w Warsz. Tow. Lek. wspólnie z p. H. Gadomską, nie jest, przede wszystkim, wynikiem braku dostępnej w organizmie insuliny, lecz wypływa z zahamowania przetwarzania glikozy, pochodzenia w znacznej mierze, nieinsulinowego.

5. Kol. A. Pallieri i M. Wierzuchowski wygłosili odczyt. p. t.

„O szybko-rytmicznym wprowadzaniu pokarmu i cukru“ (streszczenie własne).

Autorowie, jako przykład, wzięli pod uwagę zachowanie się cukru w tych warunkach. Wiadomą jest rzeczą, że uprzednie podanie cukru gronowego zmienia odczyn na następowe podanie tegoż cukru. Wobec tego należało zbadać, czy rytmicznie stosowany bodziec cukrowy zdoła przekształcić sposób przetwarzania cukru gronowego. Należało więc raz wprowadzić tę samą ilość cukru dożylnie, w sposób jednostajny, z minuty na minutę jednokowy, kiedy indziej znów zmieniać bezustannie z minuty na minutę prędkość wlewania cukru, stosując się do jakiejś krzywej rytmicznej. Za taką krzywą obrano sinusoidę, która posiadała od jednej do czterech fal na godzinę. Gdy fala znajdowała się w najniższym punkcie, prędkość wlewania glikozy wynosiła 1 g. na kg. na godz., gdy zaś wchodziła na swoje wniesienie najwyższe, wynosiła ona 3 g. Ponieważ w doświadczeniach z wlewaniem jednostajnym, wlewano 2 g. cukru na kg. na godz., więc w obu typach doświadczeń wlewano w sumie tę samą ilość cukru, a tylko sposób jego wlewania był różny. Badanie to wykonano na psach. Wynik tych badań, co do kwestji najważniejszej, jak rytmiczne wprowadzanie pokarmu, w danym wypadku cukru, wpływa na zdolność przyswajania cukru, wprowadzanego stale z rytmicznymi nasileniami, bez względu na ilość fal na godzinę, wykazał, że one są takie same w wyniku sumarycznym, jak przy wlewaniu tegoż cukru ze stałą prędkością, jednakową z minuty na minutę. Faza pierwsza wyższego przebiegu krzywych cukrowych zarówno we krwi, jak i w moczu (zjawisko któremu W i e r z u c h o w s k i i G a d o m s k a poświęcili sporo uwagi Biochem. Zeit., 1927, 191, 198, 398) występuje w tej samej mierze przy wlewaniu glikozy, nasilanem rytmicznie, jak przy wlewaniu jednostajnym. O ile jednak w fazie drugiej, w której krzywe cukrowe, biegnące wysoko w fazie pierwszej, opadają do poziomu znacznie niższego, zaznacza się rytmika w krzywej stężenia cukru we krwi i krzywej cukromoczu, rytmika, zależna od rytmiki wlewania i z nią współczesna,—o tyle faza pierwsza znosi zupełnie wszelką rytmikę w cukrze we krwi i w cukromoczu, i dlatego okres pierwszej fazy przy wlewaniu rytmicznym jest prawie taki sam, jak przy wlewaniu stałym. Jeżeli w danem doświadczeniu faza pierwsza się nie pojawiała, czy to w doświadczeniach z cukrem, który fazy pierwszej nie daje (fruktoza), czy też u zwierząt u których faza pierwsza, nawet podczas wlewania glikozy nie wy-

stępuje, wtedy rytmika w krzywej cukru we krwi i cukromoczu pojawiała się od pierwszej chwili doświadczenia. W doświadczeniach, w których pobierano krew zarówno z tętnicy, jak i z żyły, charakter przebiegu krzywych cukrowych był prawie dokładnie taki sam, i to zarówno co do występowania fazy pierwszej, jak i co do pojawiania się rytmiki. Wśród tej grupy badań natrafiono na zwierzę wyjątkowe, posiadające „dożylną tolerancję” cukru gro nowego niezmiernie wysoką, gdyż wynoszącą 2 g. cukru na kg. na godz., a nie 0,85 g., jak to się zdarza najczęściej.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 10 m. 35.

Wiceprezes: *Paszkiewicz.*

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski*

---

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 17 czerwca 1930 r.**

Początek punktualnie o godz. 8-mej.

Obecnych członków Towarzystwa 50, wprowadzonych gości 19.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10 czerwca r. b. przyjęto bez zmian.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa:

H r o m i L a s k o w s k i. W sprawie wpływu układu siateczkowo-śródbłonkowego na powstawanie nowotworów.

L a n d s b e r g e r. Badania nad układem siateczkowo-śródbłonkowym. 1930.

L a n d s b e r g e r. Das Komplement als Ausdruck des funktionellen Zustandes des Res. 1930.

L e w e n s t e r n. W sprawie leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.

L e w e n s t e r n. Przypadek niepomiernie długotrwałego stosowania skopolaminy.

L e w e n s t e r n. W sprawie ostatecznej przyczyny zgonu Napoleona. 1921.

L e w e n s t e r n. Z kazuistyki ran kłutych nerki. 1914.

L e w e n s t e r n. Przypadek zakażenia ustroju ludzkiego przez ziarenkowca czworaczego. 1913.

M o g i l n i c k i. Szpitalnictwo dziecięce w Polsce i jego zadania. 1927.

Prengowski. Zur Frage der sog. Menstruationspsychosen. 1927.

Wejnert. W sprawie nowotworów jelit. 1930.

Wejnert. Medycyna zapobiegawcza w raku.

Farmalogja z toksykologją i recepturą. (Wyd. Koła Medyków) — 1930.

Sprawozdanie z działalności Rodziny Lekarskiej za r. 1929.

Łapiński W. Przebieg i leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci (1930).

Polskie Monografie i Wykłady Kliniczne z dziedziny pedjatrii. Zesz. IV.

Messing Z. Zarys Anatomji i Fizjologii Ośrodkowego Układu Nerwowego. 1930.

Paszkiewicz. Anatomja Patologiczna—ogólna i szczegółowa. Część II i V.

Zembrzusi L. Zarys dziejowy rozwoju bojowych środków chemicznych. 1929.

Drouet et Hamel. L'héredo-syphilis mentale. 1930.

Wojno. Ropień międzypłatowy klinicznie rozpoznany i kilka uwag w tej sprawie. 1929.

Wojno. Przyczynek do badań porównawczych wydzielania się kwasu solnego w żołądku przy podawaniu alkoholu i śniadania Ewald-Boasa. 1928.

Wojno. Rytm a rytm w pracy.

Les Travaux de l'Institut d'Hygiène publique de l'Etat Tchecoslovaque. T. I. Nr. 2.

3. Kol. Antoni Leśniowski i J. Mossakowski ogłosili odczyt:

W sprawie powstawania wodonercza (streszczenie własne).

Autorowie wykonali doświadczenia na psach, które miały na celu wyjaśnić powstanie wodonercza, co zresztą było już wykonane przez innych badaczy, i podają wynik swych doświadczeń. Wywoływali oni przeszkody w moczowodzie psa i, po upływie rozmaicie długiego okresu czasu, zwierzęta uśmiercali i badali ich nerki, miedniczki i moczowody.

Wytwarzali przeszkody rozmaite, co do stopnia zwężenia światła moczowodu, mechaniczne a następnie dynamiczne, pozabawiając moczowód na pewnej przestrzeni jego unerwienia, a częściowo i mięśniówki. Przeszkody, wytwarzane przez autorów, naśladowały zmiany w moczowodzie, spostrzegane u chorych.

Otrzymane wyniki dowodzą, że zarówno przeszkody mechaniczne, jak dynamiczne w moczowodzie, a więc wogóle na przebiegu dróg, wydalających mocz, prowadzą w samej rzeczy, przynajmniej u psa, do rychłego rozwijania się wodonercza w odpo

wiedniej nerce ze wszystkimi jego następstwami. Odbija się to w rozmaicie dużym stopniu i na nerce drugostronnej.

Powyższa okoliczność tłumaczy, dlaczego wodonercze jest zjawiskiem częstym, jak dowodzą tego nowoczesne metody badania narządów moczowych — pyelografia i pyeloskopia.

Autorowie nie mogą odpowiedzieć na pytanie, czy stany spastyczne moczowodów doprowadzają do powstania wodonercza.

Autorowie przedstawiają przeżroczą, które w sposób dostateczny ilustrują wykład.

#### 4. Dyskusja.

Kol. L. Kryński stwierdza, iż prelegenci zajęli się w swych doświadczeniach sprawą etiologii wodonercza, powstającego drogą mechaniczną, co jest zdaniem mówcy, zupełnie dostatecznie wyjaśnione. Znacznie mniej jasną jest sprawa przyczyn powstawania wodonercza na tle dynamicznym, np. hydronephrosis intermittens; badanie doświadczałne tego rodzaju zaburzeń jest znacznie trudniejsze.

Kol. A. Gluziński przypomina swe badania, wykonane w Krakowie przed trzydziestu kilku laty, dotyczące wpływu podwiązki moczowodów na funkcję nerek. Mówca stwierdził wówczas, iż podwiązanie moczowodu na przeciąg jednej godziny powoduje wydzielanie się w wzmożonej ilości moczu, o niskim ciężarze właściwym, zawierającego białko oraz krwinki czerwone. Nerka w tym okresie nie jest przekrwiona, ale bleda. Pod mikroskopem stwierdza się, że nabłonek nerkowy ulega zwyrodnieniu, jądra komórek przestają się barwić. Przyczyna tego zjawiska leży w ucisku moczu, zawartego w miedniczce, na miąższ nerki oraz na żyły nerkowe. Po kilku godzinach ilość moczu się zmniejsza, zmiany degeneracyjne w nerkach występują coraz wydatniej.

Widzimy zatem, jak szybko zaczerwienienie moczowodu wpływa na normalną budowę miąższu nerek.

Kol. L. Paszkiewicz (streszczenie własne).

1. Szkoda, że prelegenci nie podali wyników dokładniejszych badań histologicznych miąższu nerki. 2. Przyczyny rozwoju zmian anatomicznych w nerce z niedrożnym moczowodem i w nerce z drożnym moczowodem, są różne. W pierwszej, zmiany anatomiczne powstają wskutek ucisku, gromadzącego się w miedniczce, moczu na miąższ nerki oraz na naczynia żyłne, co powoduje zaburzenia w krążeniu, których następstwem są znów zmiany wsteczne w nabłonkach kanalików. W nerce z drożnym moczowodem rozwijają się: a) przekrwienie czynne, ponieważ bierze ona na siebie pracę zastępczą, jeżeli tylko nie była zbyt uszkodzona przed zachorowaniem drugiej nerki, oraz b) wybitne przejściowe przyćmienie miąższowe nabłonków kanalików, uszkodzonych wytworami rozpadu miąższu nerki z niedrożnym moczowodem. Wytwory rozpadu nerki działają swoiście tylko na nerkę. Z biegiem czasu, w miarę zmniejszenia się wytworów rozpadu nerki z niedrożnym moczowodem, nerka z drożnym moczowodem powraca do zwykłego stanu i powoli przerasta (przerost zastępczy).

3. Doświadczenie z poprzecznem przecięciem moczowodu i następnie jego zeszcianiem, mające na celu naśladować dynamiczną przyczynę w rozwoju wodonercza, nie jest przekonywujące: w miejscu przecięcia mięśniówki moczowodu rozwija się przecież blizna, która z biegiem czasu kurczy się i zwęża światło moczowodu. Tworzy się więc mechaniczna przeszkoda w odpływie moczu.

W odpowiedzi zabierał głos kol. A. L e ś n i o w s k i. Prelegent oddawna interesował się sprawą, którą dzisiaj przedstawił, uważając, iż wymaga ona rewizji. Opierając się na danych z piśmiennictwa, twierdzi on, że, po przecięciu moczowodu i następem zeszcianiu, przewężeń mechanicznych nie bywa.

5. Z powodu nieobecności kol. A. F r y s z m a n a odczyt jego

„O pyelografii dożylniej” wygłosił w zastępstwie kol. L e w i n s o n (streszczenie własne).

Sprawa uwidaczniania na obrazie rentgenowskim dróg moczowych od dawna była przedmiotem badań. Już przed 25 laty Voelker i Lichtenberg wprowadzili pyelo-ureterografię. Metoda ta, jak wiadomo, polega na tem, że za pomocą cewnika moczowodowego wprowadza się do miedniczki nerkowej płyn kontrastowy, aby tym sposobem otrzymać na płycie rentgenowskiej kontury miedniczek i moczowodów.

Przez wiele lat metoda ta oddawała i obecnie jeszcze oddaje nam bardzo cenne usługi w rozpoznawaniu schorzeń dróg moczowych.

Zdarzają się jednak przypadki, kiedy z tych lub innych względów wzniętkowanie pęcherza, a tem samem i pyelografia, nie może być wykonana, jak przy zwężeniach cewki, przerzucie gruczołu krokowego, przy małej pojemności pęcherza, łatwej krwawliwości błony śluzowej, a wreszcie w tych przypadkach, kiedy wyloty moczowodów są niewidoczne. To też powitać należy z dużem uznaniem ukazanie się nowej metody, która w tych właśnie wypadkach może być zastosowana. Metodą tą jest pyelografia dożylna. Polega ona na tem, że, przez wprowadzenie do krwiobiegu substancji kontrastowej, możemy otrzymać na płycie rentgenowskiej zarysy miedniczek i moczowodów.

Pierwszy R o z e n o potrafił rozwiązać problemat dożylniej pyelografii, a mianowicie przez połączenie jodu z mocznikiem otrzymał preparat, nazwany przezeń p y e l o g n o s t e m, który stosowany dożylnie uwidacznia miedniczkę i moczowody w obrazie rentgenowskim. Niestety, środek ten okazał się niezupełnie obojętnym dla ustroju, albowiem notowane są w literaturze wypadki śmierci po jego zastosowaniu. Wkrótce miejsce pyelognostu zajął inny preparat t. zw. uroselectan. Środek ten został wynaleziony przez Swicka i Bintza i wypróbowany na dużym materiale w klinice prof. Lichtenberga. Jest to preparat, zawierający 42% organicznie związanego jodu, który po dożylnym wstrzyknięciu zostaje wydalony przez nerki w stanie nierozszczepionym. Badanie wykonujemy w sposób następujący: po uprzednim przygotowaniu

chorego, jak do zwykłego zdjęcia dróg moczowych, wstrzykujemy dożylnie 100 cm<sup>3</sup> 40% roztworu wodnego uroselectanu. Pierwsze zdjęcie wykonujemy według przepisu autora po 15 minutach, następne po 30, a trzecie po 75 minutach.

W przypadkach upośledzonej czynności nerek zaleca się wykonanie zdjęć po 6,12, a nawet 24 godz.

Wskazania do stosowania tej metody są bardzo rozległe i podzielić się dają na wskazania względne i bezwzględne. Jeżeli chodzi o pierwsze, to będą one te same, co i dla zwykłej pyelografii, a więc będziemy ją stosowali, gdy chodzi o określenie stosunku topograficznego nerek do kośćca i guzów jamy brzusznej. Po drugie w tych przypadkach, gdy istnieje podejrzenie na wadę rozwojową nerek, wzgl. miedniczek i moczowodów. Podejrzenie takie powstać może, jeżeli wymacujemy nerkę w niezwykle położeniu, np. w miednicy, pośrodku kręgosłupa, lub jeśli przy wzienikowaniu pęcherza stwierdzamy nienormalną ilość wylotów moczowodów, lub nieprawidłowe ich położenie. Po trzecie w gruźlicy nerek, o ile czynność tychże jeszcze jest zachowana, wreszcie i przy nowotworach. Są to wskazania względne, gdyż we wszystkich wymienionych przypadkach, możemy się posługiwać zarówno pyelografią zwykłą, jak też i dożylną. Wskazania bezwzględne do stosowania pyelografii dożylnej będziemy mieli w tych przypadkach, kiedy z tych lub innych względów nie będziemy mogli wykonać wzienikowania pęcherza, a tem samem i pyelografii bezpośredniej. A więc w przypadkach zwężenia cewki, małej pojemności pęcherza, łatwej krwawliwości błony śluzowej i wreszcie tam, gdzie niewidoczne są wyloty moczowodów. Także i w tych przypadkach, kiedy, z powodu istniejącej przeszkody w moczowodzie, nie będziemy mogli wprowadzić cewnika do miedniczki nerkowej, a kiedy zależy nam na określeniu stanu dróg moczowych ponad przeszkodą, np. przy obecności kamienia w moczowodzie, co może mieć duże znaczenie przy wyborze metody postępowania. Wreszcie wskazania bezwzględne do stosowania omawianej metody będziemy mieli tam, gdzie zachodzi obawa zakażenia nerek przez wprowadzenie cewnika do miedniczki, np. przy dużem wodonerczu lub gruźlicy pęcherza. Co się tyczy nowotworów nerek, to wskazanie byłoby względne, albowiem posługiwać się tu możemy pyelografią zwykłą i dożylną. Mam jednak wrażenie, że na drodze zwykłej pyelografii otrzymujemy wyraźniejsze kontury miedniczek i kielichów, a tem samem zmiany, charakterystyczne właśnie dla tych nowotworów.

Co się tyczy przeciwwskazań do stosowania dożylnej pyelografii, nie należy jej stosować w schorzeniach tarczycy, wątroby, ostrej i przewlekłej mocznicy, a wreszcie w niewyrównanych wadach serca i przy wysokiem ciśnieniu.

Ujemną stroną omawianej metody jest to, że musimy wprowadzać do krwi dużą ilość jodu. Wysoka cena preparatu i znaczny koszt, związany z dużą liczbą zdjęć rentgenowskich, jakie muszą być wykonane, również stanowią pewne przeszkody.

To też staraliśmy się zmodyfikować tę metodę przez wprowadzanie połowy ilości płynu t. j. 20 gr. uroselectanu zamiast 40,0, rozpuszczonych w 50 gr. wody. Wszyscy chorzy znieśli zabieg bardzo dobrze, żadnych ubocznych objawów działania jodu nie spostrzegaliśmy.

Następuje pokaz rentgenogramów.

#### 6. Dyskusja.

Kol. W. Markert (streszczenie własne).

Wartość pyelografii śródżylną polega na tem, że może być stosowaną w tych przypadkach, gdzie nie można wprowadzić cystoskopu. Stosowaną jest w II klinice chorób wewn. prof. Orłowskiego od listopada 1929 r., używano pyelognostu. Jest to metoda zależna od czynności nerek; nie powinna być stosowana w znacznych zaburzeniach czynnościowych nerek. Po zastosowaniu pyelografii śródżylną u psa z wodonerczem w jednej nerce, wywołanem przez uprzednie podwiązanie moczowodu, i drugą marską nerką — pies zdechł.

Zdjęcia, wykonywane w różnych odstępach czasu, w miarę utraty zdolności wydzielniczej uszkodzonej nerek — wykazywały obrazy rentgenowskie coraz słabsze, co przemawia wyraźnie za tem, iż jasność obrazu rentgenowskiego zależy od czynności nerki. W pyelografii śródżylną obserwujemy nie tylko drogi moczowe chorej, ale również i zdrowej nerki. W przypadkach gruźlicy nerek, szybkość zjawiania się cienia po stronie zdrowej, łącznie z danymi innych metod badania klinicznego, pozwoliło nam ustalić wskazanie operacyjne. Czas zdjęcia zależy od szybkości wydzielania się przez nerki treści kontrastowej i nie może być dla wszystkich przypadków ustalony schematycznie. Dla dokładnej oceny przypadku ważną dla nas jest zarówno chora, jak i zdrowa strona przy jednostronnym uszkodzeniu nerek. Należy powitać nową metodę badania urologicznego, która jednak jest jeszcze w okresie doświadczeń. Należy również poprosić rentgenologów do współpracy, oraz przekonać ich o wartości przedwstępnych badań klinicznych. Od techniki rentgenowskiej zależy powodzenie metody.

Kol. A. Elektorowicz podkreśla, iż zdjęcia, wykonane z pyelognostem, są mniej wyraźne, niż wykonane drogą wlewań zwykłych, kosztą zaś tego nowego sposobu badania są bardzo znaczne. Gdzie zatem można stosować zwykły sposób pyelografii, należy się przedewszystkiem do niego uciekać.

W odpowiedzi, Kol. Lewinson zgadza się, iż znaczna cena pyelognostu ogranicza zakres jego stosowania. Referenci nie operowali nigdy, opierając się wyłącznie na danych pyelografii śródżylną.

7. Kol. Prezes wygłosił krótkie sprawozdanie z działalności naukowej Towarzystwa w ciągu bieżącego roku.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 m. 30.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

**PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA NAUKOWEGO****z dnia 30 września 1930 r.**

Początek o godz. 8-ej punktualnie.

1. Kol. Prezes zawiadamia o śmierci dwóch członków Towarzystwa: ś. p. E. Żebrowskiego i K. Noiszewskiego, oraz o mającej się wkrótce odbyć akademii ku uczczeniu ich pamięci. Zebrani uczcili Zmarłych przez powstanie z miejsc.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości, iż członek Towarzystwa, kol. Michałowicz został obrany rektorem Uniwersytetu Warsz., zaś kol. A. Leśniowski dziekanem Wydziału Lekarskiego. Kol. Zdz. Michalski został habilitowany na docenta chorób wewnętrznych.

3. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Biblioteki T-wa:

Bączkiewicz J. Jak ochraniać dzieci od chorób zakaźnych. Warszawa, 1906.

Bączkiewicz J. Jak ochraniać zdrowie niemowląt. Warszawa, 1906.

Bączkiewicz J. O żywieniu niemowląt. Warszawa, 1905.

Sprawozdanie z wydawnictw i czynności Polskiej Akademii Umiejętności od czerwca 1929 do czerwca 1930.

Bainbridge. Report on fifth International Congress of Military Medicine and Pharmacy. London, 1929.

Farmakologia z toksykologią i recepturą. T. I. Warszawa, 1930. Wyd. Koła Med.

Adamowiczowa, Czyżewicz, Sterling-Okuniewski Wejnert. Rak w Polsce. Warszawa, 1930.

Bainbridge. Zagadnienie raka. Warszawa, 1930.

Katalog nabytków Biblioteki Szkoły Podchorążych Sanitarnych za rok 1929. Warszawa, 1930.

Le cancer en Pologne. Varsovie, 1930.

Polskie Monografie i Wykłady Kliniczne z dziedziny pedjatrii. Zesz. IV, V.

Messing. Zarys Anatomji i Fizjologii Ośrodkowego Układu Nerwowego. Warszawa. 1930.

Drouet, Hamel. L'héredo-syphilis mentale. Paris, 1930.

Tur. Potwory i ich rozwój.

Paszkiewicz. Anatomja patologiczna ogólna i szczegółowa (zapalenia). Warszawa, 1927.

Paszkiewicz. Anatomja patologiczna ogólna i szczegółowa (zmiany wsteczne). Warszawa, 1928.

**S z m u r ł o.** Choroby jamy ustnej, gardła i przełyku. Wilno, 1930.

**S z e n a j c h.** Z życia wielkiej pielęgniarki. Florencja Nigh-tigale. Warszawa, 1929.

Przewodnik po uzdrowiskach i letniskach polskich. Wyd. IV. Warszawa.

Arbeiten aus d. dritten Abteilung d. Anatomischen Institutes d. Kaiserlichen Universität Kyoto. Serie C. h. I, Serie A. h. I. Kyoto, 1930.

Roczniki Towarzystwa Przyjaciół Nauk na Śląsku. II. Kato-wice, 1930.

Mogilnicki. 25-lecie Szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi. 1905—1930.

Naucznie Izwiestia. T. VI, VII. Smoleńsk, 1930.

A. Freyd. Patologia Dorzecza Amazonki. Peru. Brazylja.

4. Protokół posiedzenia Naukowego z dnia 17.VI. 1930 r. przyjęto bez zmian.

5. Kol. Wiceprezes ogłasza wyniki konkursu im. F. Som-mera. Na wniosek Komitetu Konkursowego Zarząd przyznał stypendjum D-rowi Franciszkowi Raszeji za pracę monograficzną pod tytułem: „Doświadczalne i kliniczne badania nad jontoforezą“.

6. Kol. A. Freyd wygłosił odczyt p. t.:

„Patologia Dorzecza Amazonki. Peru, Bra-zylja (Polskie tereny kolonizacyjne). (Streszczenie własne).

Prelegent w roku 1928, w charakterze delegata Rządu prze-prowadzał badania nad zdrowotnością terenów, przeznaczonych na przyszłą kolonizację polską, położonych nad rzeką Ucayali (do-pływ Amazonki) w Peru.

Najstraszliwszymi plagami, gnębiącymi miejscową ludność, w znakomitej większości złożoną z Indjan, są: ankylostomiaza, czerwona pełzakowa, zimnica i choroby u nas zupełnie nieznane, jak: *pian*, *leishmaniasis*, *ulcus tropicum*, *carate*, „*nodosités juxta-arti-culaires*“, etc.

Niezwykłe bogaty materiał badawczy (przeszło 4.000 przy-padków) kliniczny i laboratoryjny ułatwił prelegentowi porobienie szeregu spostrzeżeń. Mianowicie:

1) *Stovarsol* jest doskonałym środkiem zapobiegawczym przy zwalczaniu *pianu*.

2) *0,1 chaulmoograe*, poza specyficznem działaniem na prątki Hansen'a, jest najprawdopodobniej pierwszorzędnym środkiem przeciwczerwiowym.

3) *Caraté* i *Beri-beri* są chorobami bezwzględnie zakaźnymi.

4) W etiologii „*nodosités juxta-articulaires*“ powtarzany stale uraz miejscowy nie odgrywa żadnej roli.

5) *Blastomycosis* występuje prawie zawsze, jako wtórne po-wikłanie *leishmaniasis*.

6) Niedokrwistość tropikalna nie istnieje, jako samodzielna jednostka chorobowa, ale zawsze jest schorzeniem wtórnem.

7) W dorzeczu Ucayali z chorób „europejskich“, zakaźnych nie spotyka się nigdy duru plamistego i brzuszego, durów rzekomych, tężca, nagminnego zapalenia płuc, róży, płonicy i błonicy.

Na zakończenie prelegent wyliczył i opisał szereg zwierząt szkodliwych: stawonogów, gadów, ryb i ssaków (wampiry).

Odczyt uzupełniły pokazy przywiezionych okazów zwierzęcych i roślinnych (rośliny lekarskie Indjan) i b. liczne przeżrocz.

7. Kol. G r o t t wygłosił z dziedziny „B a d a ń n a d r o z p o z n a w a n i e m c u k r z y c y“ doniesienie I, z prac wykonanej wspólnie z kol. Fr. Kowalskim i St. Windygą, p. t.:

„Wahania krzywej cukru we krwi po glukozie u zdrowych“. (Streszczenie własne).

W celu ustalenia wahań krzywej cukru we krwi, po podaniu doustnem 50 gr. glukozy u zdrowych, autorowie zbadali 159 osób, w tem 81 wojskowych w wieku od lat 20 do 26, oraz 78 osób cywilnych różnego wieku i różnej płci. Wszyscy badani byli uznani za klinicznie zdrowych.

W wyniku tych badań, opartych prawie na tysiącu określeń cukru we krwi, otrzymano następującą, wspólną przeciętną krzywą, po obciążeniu ustroju 50 grm. glukozy.

| 0'   | 30'   | 45'   | 60'   | 1½ godz. | 2 godz. | 2½ godz. | 3 godz. |
|------|-------|-------|-------|----------|---------|----------|---------|
| 87,1 | 143,6 | 145,2 | 126,2 | 95,2     | 78,7    | 72,9     | 80,6    |

Normalne wahania cukru we krwi, naczczu, wynoszą od 60 do 110 mgr.

Po dokładnem rozważeniu zbadanego materiału wynika, że w sprawie maksymalnych norm dla cukru we krwi udało się autorom ustalić, co następuje: poziom cukru we krwi, naczczu, nie powinien przekraczać 110 mgr.; po obciążeniu 50 gr. glukozy normalny szczyt krzywej nie przewyższa 180 mgr.; po upływie 1½ godz. krzywa powinna obniżyć się conajmniej do 110 mgr.; po 2 i 2½ godz. poziom cukru we krwi obniża się jeszcze bardziej i zwykle waha się w granicach normy naczczu t. j. od 60 do 110 mgr.

W pewnych, wyjątkowych przypadkach można uznać przemianę węglowodanową jeszcze za prawidłową, a mianowicie, gdy:

1) Poziom cukru we krwi naczczu wynosi od 111 do 120 mgr., a po 50 gr. glukozy, pozostałe elementy krzywej są prawidłowe.

2) Szczyt krzywej jest nadmiernie wysoki, t. j. 181—200 grm., lecz poziomy naczczu, a zwłaszcza po 1½ godz., znajdują się w granicach normy.

3) W 1½ godz. po 50 gr. glukozy przecukrzenie krwi jest większe od 110 mgr., lecz niższe po 2 godz. Poziom naczczu i szczyt krzywej jest prawidłowy.

4) W 2 godz. po 50 gr. glukozy poziom cukru we krwi jest wyższy od 110 mgr., lecz niższy po 1½ godz. przy pozostałych elementach krzywej prawidłowych.

8. W dyskusji kol. Orłowski W. podkreśla, iż należy wykonywać badania nie tylko całości substancyj redukujących krwi, ale również samej glukozy. Ten sposób prowadzenia badań przemiany węglowodanowej może być istotnie krokiem naprzód w omawianej dziedzinie. Prosta metoda, opracowana w Zakł. Chemii Fizjologicznej Uniwersytetu Poznańskiego, daje możność wykazania, jaka część substancyj redukujących przypada na glukozę. Mówca zaznacza dalej, iż kol. prelegent otrzymuje zbyt niskie wartości dla cukru naczczo (60% mgr.). Jak wiadomo z badań Hochreicha i Meiera, przebyte choroby zakaźne doprowadzają do zaburzenia przemiany węglowodanowej. Za zdrowe więc, odpowiadające warunkom wymaganym, należy uważać te osoby, które w ostatnich 3—4 miesiącach nie przebyły żadnej choroby zakaźnej; nawet zwykłe zapalenie migdałków pozostawia zaburzenie węglowodanowej przemiany materji. Badacze ci stwierdzili, iż poziom kw. mlecznego u tego rodzaju chorych jest 2 albo 2¼ razy wyższy od normy,

Chcąc badania wykonywać wyłącznie na osobnikach zdrowych, trzeba wziąć pod uwagę również konstytucję badanego, uwzględnić obecność chorób przemiany materji w rodzinie.

Mówca wreszcie podkreśla skrupulatność badań kol. Grotta.

Odpowiedź kol. Grotta (streszczenie własne). W swem przemówieniu p. prof. Orłowski poruszył dwie b. ważne sprawy. Pierwsza z nich dotyczy określania, zamiast cukru, czystej glukozy we krwi. Otóż praca nasza ma cel czysto praktyczny, gdyż dąży do podania lekarzowi praktykowi norm, niezbędnych dla oceny przemiany węglowodanowej. W dzisiejszym stanie nauki, badania nad glukozą mogą być wielce obiecujące, jednak dla praktyki nie są tak dostępne, jak zwykle określanie cukru we krwi. Pozatem prace nad cukrem we krwi mają za sobą swoją tradycję oraz sprawdzian czasu, co stanowi ich wielką zaletę. Wobec powyższego w rozpoznawaniu cukrzycy, badania, oparte na określaniu cukru we krwi, najprawdopodobniej, jeszcze przez długi czas zachowają swoją moc.

Druga jeszcze bardziej ważna sprawa, którą poruszył p. prof. W. Orłowski, dotyczy trudności, jakie napotyka klinicysta przy ocenie zdrowia ludzi, badanych w eksperymencie. Zdając sobie dokładnie sprawę z tego rodzaju trudności, staraliśmy się ich, według ludzkiej możebności, unikać. Dane nasze, jak to zaznaczyłem w referacie, dotyczą ludzi, uznanych za klinicznie zdrowych. By uniknąć możliwych pomyłek, oparliśmy pracę naszą na dużym materiale, obejmującym 159 osób, u których wykonano prawie tysiąc określeń cukru we krwi. Wśród nich było 81 wojskowych, ludzi młodych, w wieku od 20 do 26 r. ż., sprawnych fizycznie i pełniących służbę czynną. Uwaga p. prof. W. Orłowskiego co do wpływu, nawet najłżejszej, infekcji na zachowanie się prze-

miany węglowodanowej jest najzupełniej słuszna. Miałem możność przekonać się o tem w swej pracy, dotyczącej zawartości cukru we krwi w ostrych chorobach zakaźnych (Pol. Arch. Med. Wewn. T. VI, z. 2, 1928 r. Dr. J. W. Grott: „Badania nad zawartością cukru we krwi w ostrych chorobach zakaźnych”) wykonanej w r. 1926/27 w I Klinice Wewnętrznej Uniw. Warsz., będącej wówczas pod kierownictwem p. prof. W. Orłowskiego.

Opierając się na danych, przytoczonych we wspomnianej pracy, nie mogę zupełnie zgodzić się ze zdaniem autorów, cytowanych przez p. profesora, że nawet po lekkiej infekcji u ludzi zdrowych, zaburzenia w przemianie węglowodanowej mogą utrzymywać się w ciągu kilku miesięcy. Wśród zbadanych przeze mnie sześćdziesięciu (60) przypadków, tylko po wyjątkowo ciężkich chorobach zakaźnych, trzeba było dłużej czekać na całkowity powrót krzywej cukru we krwi do normy. Zresztą u 81 wojskowych, badania nasze były wykonane w końcu maja, oraz w czerwcu b. r., t. j. wśród warunków atmosferycznych, mało sprzyjających powstawaniu t. zw. małych infekcyj.

Posiedzenie zakończono o godz. 10 min. 30.

Prezes: *Witold Orłowski*

Sekretarz Doroczny: *Jan Roguski*

---

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 7 października 1930 r.**

Początek o godz. 8-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 32, wprowadzonych gości 36.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 30.IX. 1930 r. przyjęto bez zmian.

2. Kol. P r e z e s odczytał tytuły nadesłanych do Biblioteki T-wa prac:

K o n o p k a. Gazy bojowe. Próba bibliografji. Warszawa. 1930.

Z e m b r z u s k i. Zarys dziejowy rozwoju bojowych środków chemicznych. Lek. Wojsk. 1929.

W s z e l a k i. O leczeniu gruźliczych krwotoków płucnych, niezwykły wynik leczniczy odmy oliwowej. Lek. Wojsk. 1929.

C i s z k i e w i c z. Złamanie górnej nasady kości piszczelowej. Lek. Wojsk. 1930.

Karwacki. Posocznice wywołane przez prątki durowe. Lek. Wojsk. 1930.

Szulc. Higiena a estetyka. Lek. Wojsk. 1929.

Grzywo-Dąbrowski. Samobójstwo czy zabójstwo? Warszawa. 1930.

Grzywo-Dąbrowski. Samobójstwa w Warszawie w roku 1929. Warszawa. 1930.

Hirszfeld, Halberówna i Laskowski. Badania serologiczne nad nowotworami człowieka. Medycyna Dośw. i Społ. 1929.

Regulamin Polskiej Akademji Umiejętności. 1929.

Łysakowski. Biblioteka Narodowa. Warszawa. 1920.

Mogilnicki. Przyczynek do semiotyki gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dzieci. Pedjatrja Polska. 1929.

Mogilnicki. Ropne zapalenie opon mózgowych przez prątki Pfeiffra. Warszawa. 1930.

Mogilnicki. Sur la méningite purulente à bacilles de Pfeiffer chez les nourrissons. Strasbourg. 1929.

Mogilnicki. Les difficultés du diagnostic et les résultats de la sérothérapie spécifique de la méningite cérébro-spinale chez les nourrissons. Arch. Méd. Enfants. 1925.

Mogilnicki. Un cas d'hyperkératose diffuse congénitale. Revue Franç. d. Péd. 1926.

Mogilnicki. Leczenie krzywicy w świetle najnowszych badań. Pedjatrja Pol. 1926.

Mogilnicki i Kukielówna. Odrębności w przebiegu goścca stawowego u dzieci. Pedj. Pol. 1929.

Mogilnicki i Woźniakówna. Odoskrzelowe zapalenie płuc u niemowląt i małych dzieci. Pedj. Pol. 1929.

Regmunt-Sobieszczański. Forschungen über den Höcker von Carabelli. Zeitschr. f. Schulgesundheits u. Hygiene. 1930.

Regmunt-Sobieszczański. Przypadek nagłego zgonu z powodu kiły narządów krążenia.

Michałowicz. Cechy zdrowego i chorego niemowlęcia. Warszawa. 1929.

Michałowicz. Polski Instytut puerykultury. Warszawa. 1929.

Prace z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwers. Warszawskiego. Wykaz I obejmujący lata od 1921 do 1928 włącznie.

Travaux scientifiques de la Clinique Infantile de l'Université de Varsovie 1921—1929. Varsovie. 1930.

Pamiętnik Kliniczny szpitala Dzieciątka Jezus. Tom XI. Warszawa. 1929.

Chirurgja Narządów ruchu i Ortopedja Polska. Grudzień. 1929. Zeszyt dodatkowy.

Endokrinologie. Bd. IV. V.

Przewodnik Higieniczny r. 1890, 1892.

Archiv f. japanische Chirurgie. Bd. VI. h. 6, Bd. VII. h. 1, 2, 3, 4.

Katalog Nr. 21 d. Buch und Kunst-Antiquariates Dr Schwarz, 3. Kol. S. Cytronberg wygłosił z serji

„Badań doświadczalnych nad czynnością wydzielniczą i wchłaniającą jelita cienkiego, doniesienie I. p. t. „Metodyka operacyjna. Wydobywanie soku jelitowego. Wprowadzanie różnych płynów do pętli wyodrębnionej”. (Streszczenie własne).

I. Na wstępie swego odczytu prelegent przytacza główne cechy najważniejszych metod zakładania przetoki jelitowej (Thiry, Thiry-Vella, Hermann-Pawłow, Babkin-Sinelnikow, Gliński, London, Thiry-Pawłow, Bickel, Szamow, Hirschberg) oraz wskazuje, dlaczego obrał dla swoich celów metodę Thiry-Vella. Następnie prelegent omawia kilka ważniejszych szczegółów techniki operacyjnej, stosowanej przezeń. Przytacza on także spostrzeżenie, poczynione w czasie sekcji operowanych psów, mianowicie, że odległość szwu zespoleniowego od kątnicy była po śmierci zwierząt wyraźnie większa, niż za życia i objaśnia to zjawisko przypuszczeniem, że napięcie (tonus) warstwy podłużnej mięśniówki jelita powoduje za życia skrócenie jelita.

II. Na podstawie szeregu doświadczeń własnych, prelegent doszedł do wniosku, że zgłębnikowanie przetok jelitowych powoduje znaczne wzmożenie się ilości otrzymanego soku, nie tylko dlatego, że wprowadzony zgłębnik drażni mechanicznie śluzówkę jelita i wywołuje wzmożenie się jej czynności wydzielniczej, lecz także dlatego, że zgłębnik chroni wydzielony sok przed wtórnym wessaniem. Opierając się na tych doświadczeniach, prelegent wydobywał sok jelitowy, w swoich doświadczeniach późniejszych, przy pomocy 2 zgłębników, zaopatrzonych w 10 otworów bocznych, a wprowadzonych w głąb pętli jelitowej, aż do jej przeciwległego końca.

III. Autor przytacza swój sposób wlewania różnych płynów do przetoki jelitowej oraz wyciągania tych płynów z powrotem.

#### 4. Dyskusja.

Kol. Horodyński przypomina badania Pawłowa, dotyczące otrzymywania soku psychicznego oraz otrzymywanego zapomocą karmienia urojonego.

Kol. Roguski podkreśla znaczenie zgłębnika, dla usunięcia oporu ze strony tkanki, otaczającej otwór zewnętrzny przetoki.

Kol. Orłowski W. podkreśla, iż prelegent nie miał zamiaru badać wpływu podniet mechanicznych na wydzielanie soku jelitowego. Przez wprowadzenie zgłębnika prelegent starał się zapo-

biec wchłanianiu soku jelitowego przez niżej położone odcinki. Usterką pewną w pracy prelegenta jest to, iż bez pomocy zgłębnika wydobywa on sok jelitowy w ciągu 2 godzin, zaś przy pomocy zgłębnika w ciągu 3-ch; uchybienie to nie wpłynie jednak na zachowanie się wyników i wniosków z pracy.

Kol. Cytronberg. (W odpowiedzi). Wszyscy niemal badacze zgadzają się na to, iż podrażnienie mechaniczne jelita cienkiego wzmagają jego wydzielanie. Prelegent starał się jaknajbardziej zmniejszyć działanie czynnika mechanicznego. Działanie różnych bodźców rozpatrzy w następnych doniesieniach. Prelegent mierzył ilość soku co godzinę; w ciągu każdej z dwu pierwszych godzin wydzielano soku więcej, niż w ciągu trzeciej.

#### 5. Kol. J. Rutkowski wygłosił odczyt

„O wskazaniach do przetaczania krwi“ (streszczenie własne).

Po usunięciu niebezpieczeństw, które groziły dawniej wskutek nieznanomości grup krwi, i po przełamaniu trudności technicznych, leczenie za pomocą przetaczania krwi rozpowszechnia się coraz bardziej.

Prócz ostrej niedokrwistości, w której skuteczność przetaczania krwi bije w oczy, przybył cały szereg nowych wskazań do tego zabiegu, jak niedokrwistość wtórna, pewne skazy krwotoczne (krwawiaczka i małopłytkowość), wtórne obniżenia krzepliwości (cholemia), jako przygotowanie do zabiegu pacjentów, wyniszczonych chorobą, w stanach osłabienia pooperacyjnego (duża utrata krwi, osłabienie mięśnia sercowego), przy spadku ciśnienia krwi, wskutek wstrząsu, w zakażeniach ostrych i przewlekłych, w niedokrwistości złośliwej, przy ranach źle gojących się, rozległych oparzeniach i przewlekłych owrzodzeniach, w zatruciach z uprzednim upustem krwi, wreszcie u osesków w ciężkiej niedokrwistości pochodzenia pokarmowego, skazach krwotocznych, zapaleniach ropnych pęcherza i miedniczek. Prelegent miał prawie we wszystkich tych przypadkach dobre wyniki, bądź stałe, bądź przejściowe (skazy krwotoczne, niedokrwistość złośliwa). W przypadkach krwotoku jelitowego w durze brzuszny i w mocznicy (z uprzednim upustem krwi) wynik był zły. W ciężkich zakażeniach ogólnych, prelegent miał naogół bardzo dobre wyniki: wyleczenie następowało po 1-o, 2-u lub 3-krotnym przetaczaniu. W ostatnich czasach prelegent zaczął stosować przetaczanie krwi uodpornionej bądź szczepionkami, uzyskanymi od chorego, bądź szczepionkami nieswoistymi (propidon). Na zakończenie prelegent wypowiada zdanie, że wobec rozpowszechniania się leczenia za pomocą przetaczania krwi i pomnożenia liczby płatnych krwiodawców, wszyscy krwiodawcy zawodowi winni być zarejestrowani w odpowiednim urzędzie, któryby dostarczał ich i miał pod swoją kontrolą. W klinice chirurgicznej 2-iej U. Warsz. wszyscy krwiodawcy, którymi rozporządza klinika, są zaopatrzeni w odpowiednie książeczki kontroli.

## 6. Dyskusja.

Kol. Gerner. Większą wartość, niż przetaczanie krwi, mają w krwawiąccze wstrzykiwania surowicy. W zakażeniach odgrywa rolę, jak twierdzą niektórzy, nie samo przetaczanie krwi, ale wstrząs, towarzyszący wielokrotnym wstrzykiwaniom surowicy. Mówca wspomina o nowej modyfikacji strzykawki, służącej do przetaczania.

Kol. Goldman patrzy na przetaczanie krwi, jako na fakt przeszczepiania tkanki. Omawiany sposób leczenia winien objąć nie tylko poszczególne kliniki, ale zatoczyć winien szerokie kręgi. Krew cytrynjanowa staje się niekorzystna, a nawet szkodliwa, dopiero w wielkich dawkach.

Kol. Filiński nie zgadza się z prelegentem, iż w niedokrwistości z powodu krwotoku wewnętrznego, przetaczanie krwi jest niewskazane, mimo, iż niezawsze jesteśmy pewni, czy źródło krwawienia jest opanowane; w ciężkiej niedokrwistości tego typu, przetaczanie stosować należy. Wynik ujemny badania krwi dawcy na odczyn Wassermanna nie wyklucza możliwości istnienia zakażenia kiłowego u badanego.

Kol. Roguski zapytuje, czy wskazaniem jest wykonywanie każdorazowe aglutynacji surowicy dawcy z krwinkami odbiorcy i odwrotnie: krwinek dawcy z surowicą odbiorcy. Sprowadzanie wstrząsu przy pomocy surowicy ludzkiej, jak to zalecają autorowie, cytowani przez kol. Gnera, wydaje się mówcy niecelowem, gdyż istnieje znaczna liczba środków mniej cennych do wywoływania wstrząsu w celach leczniczych.

Kol. Rutkowski zaleca przetaczanie krwi w krwawiąccze, w przypadkach przed operacją. Ci, którzy opanowali technikę przetaczania krwi, będą zabieg ten stawiali wyżej, niż wstrzykiwanie krwi cytrynjanowej. Są zresztą bardzo proste metody przetaczania krwi w strzykawce Beccarda. W przypadkach świeżych krwotoków wewnętrznych należy być ostrożnym i przetaczać ilości małe. Sposób badania na izoaglutyniny, o którym mówił kol. Roguski jest najpewniejszy, musimy jednak liczyć się częstokroć z czasem, a posiadając dawców o określonej grupie krwi, wykonujemy badanie przy pomocy surowic wzorcowych.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 10.

Prezes: *Witold Orłowski*

Sekretarz Doroczny: *Jan Roguski*

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 14 października 1930 r.**

Początek o godzinie 8 punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa 37, wprowadzonych gości 30.

1. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Biblioteki:

Piasecka-Zeyland. Sur la dissociation du Bacille bilié de Calmette et Guérin. Compt. rend. d. seances d. l. Soc. d. biologie. 1929.

Piasecka-Zeyland. Nowsze prace ze szczepionką przeciwgruźliczą BCG. Now. L. 1929.

Piasecka-Zeyland. Zastosowanie hodowli prątków Kocha do celów diagnostycznych ze szczególnem uwzględnieniem metody Hohna. Now. L. 1928.

Piasecka-Zeyland. Sur la variabilité d'aspect des colonies du BCG. 1929.

Piasecka-Zeyland. O wpływie ustroju zwierzęcego na prątki BCG. Now. L. 1928.

Piasecka-Zeyland. O postaci przesączalnej zarazka gruźliczego Now. L. 1929.

Piasecka-Zeyland. Szczepienie przeciwgruźlicze sposobem Calmett'a. Now. L. 1929.

Zeyland et Piasecka-Zeyland. Etude de 50 autopsies d'enfants vaccinés au BCG et morts de maladies non tuberculeuses. 1929.

Zeyland et Piasecka-Zeyland. O postaci promienicowej prątków Calmette-Guérin (BCG). Now. L. 1928.

Zeyland et Piasecka-Zeyland. Sprawa martwicy, wywołanej prątkami Calmetta-Guérin (BCG) Now. L. 1928.

Zeyland et Piasecka-Zeyland. Recherches expérimentales sur les lésions nécrotiques provoquées par les inoculations massives de BCG. 1928.

Zeyland et Piasecka-Zeyland. Wyniki 50 badań pośmiertnych dzieci szczepionych zapomocą BCG. Now. L. 1929.

Zeyland et Piasecka-Zeyland. Prace poznawskie nad szczepionką przeciwgruźliczą BCG; jej zastosowanie u dzieci. Now. L. 1929.

Internatia Medicina Revuo. R. 1920 Nr. 1, 2, 3, 4.

Biuletyn sekcji sanitarnej Towarzystwa Wiedzy Wojskowej. 1929. Nr. 1-4.

Przegląd Naukowego Piśmiennictwa Lekarskiego za r. 1929

Medicos Portugueses. Lisboa. R. 1925, Nr. 1, 2, r. 1926, Nr. 3. r. 1927 Nr. 4, r. 1928 Nr. 5.

Sprawozdanie Zarządu Kasy Chorych m. Warszawy za r. 1929.

Szymański J. Corpus tabularum ophtalmicarum. Wilno, r. 1930.

Kurs ogólnokształcący dla lekarzy praktyków przy Wydziale Uniw. Warsz. 1930.

Statut Polskiej Akademji Umiejętności. Kraków, 1927.

Regulamin Polskiej Akademji Umiejętności.

Zachert. Zwalczanie jaglicy. Sprawozdanie za r. 1927. Warszawa, 1929.

Zembrzusi L. Średniowieczny utwór „Regimen Sanitatis Salernitanum” w oświetleniu niektórych dawniejszych autorów polskich. Poznań, 1930.

Gerner. O roli lekarza pułkowego w czasie pokoju. Lek. Wojsk. 1930.

Fiumel. O stosowaniu insuliny w stanach niecukrzycowych, Lek. Wojsk. 1930.

Dzierżowski. W kwestji sposobów określania procentowego przemiału mąki żytniej. Lek. Wojsk. 1930.

Zalewski. Działalność oddziału chirurgicznego 6-go szpitala Okręgowego we Lwowie w 1929 r.

Pęksa. O próbie zastosowania ługu dla wydzielania bakterij na posiewach, przzerośniętych odmieńcem. Lek. Wojsk. 1930.

Erlich. Etude des globules blancs du sang infantile. Rev. Fr. d. Pediatie. 1930.

Towiański. O powołaniu lekarza wojskowego. Warszawa. 1930.

Zweigbaumowa. Ciechocinek w opowiadaniu młodzieży szkolnej. Włocławek. 1930.

Neyman. Służba sanitarna podczas wojny polsko-rosyjskiej 1830 — 1831 r. i 1919 — 1920 r. a obecna jej organizacja na czas wojny.

Kessel. Leczenie złamania kości udowej wyciągiem Steinmanna. Lek. W. 1930.

Latkowski i Levitoux. O złamaniach dolnych nasad kości podudzia. Lek. Wojsk. 1930.

Znajewska. Brunatne zabarwienie skóry a choroba Addisona. Lek. Wojsk. 1930.

Znajewska. Przypadek niedokrwistości złośliwej. Lek. Wojsk. 1930.

Wyzykowski. Odczyn Schicka u personelu i chorych filji 1 szpitala Okręgowego. Lek. Wojsk. 1930.

Kiaksztó. Do kazuistyki obcych ciał w przelyku. Lek. Wojsk. 1930.

Mikułowski. Lésions cérébrales dans la coqueluche Arch. d. Méd. d. Enfants, 1930.

Raszeja. Osteopathia condensans; przyczynek kazuistyczny. Pol. Gaz. Lek. 1926.

Raszeja. O złamaniu kości skokowej. Pol. Gaz. Lek. 1925.

Raszeja. Przewlekłe wysiękowe zapalenie wielostawowe. r. 1928.

Raszeja. Recherches experimentales sur l'ionothérapie électrique. 1929.

Raszeja. Kilka zagadnień z zakresu fizjologii stawu kolanowego. Poznań. 1928.

Raszeja. Sedymentacja krwinek czerwonych i jej wartość kliniczna w chirurgji ortopedycznej. Pol. Gaz. Lek. 1927.

Raszeja. Opadanie krwinek czerwonych i jego wartość kliniczna w chirurgji ortopedycznej.

Raszeja. Kilka uwag krytycznych o istocie „Osteochondritis vertebralis infantilis“ (Calvé).

Raszeja. Die Bedeutung des Serumeiweissquotienten für Prognose und Indikation bei Knochen - und Gelenktuberkulose. Zentralbl. f. Chir. 1927.

Raszeja i Zeyland. Myeloma multiplex sarcomatodes plasmocellulare. Pol. Gaz. Lek. 1927.

Raszeja i Zeyland. To samo po niemiecku.

2. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 7. X. 1930 r. — przyjęto.

3. Kol. Higier przedstawił przypadek:

*Paralysis traumatico - tardiva n. ulnaris*“. (Streszczenie własne).

29-letni piekarz, pracujący przeważnie prawą ręką, obserwuje u siebie od roku postępujący zanik mięśni drobnych kiści (*interossei, lumbricales, hypothenar, adductor pollicis*) bez wybitnego osłabienia siły. Zniekształcenie, *mass en griffe, contractura Dupuytren*, osłabienie pobudliwości elektrycznej wspomnianych mięśni, nieznaczne drętwienie 4 i 5 palców.

Dokładne badanie stwierdza porażenie *n. ulnaris* bez wyraźnej etiologii zakaźnej, toksycznej, urazowej lub zawodowo-piekarzkiej.

Badanie zajętego nerwu *in sulcu n. ulnaris* stwierdza mocne zgrubienie jego, a zdjęcie rentgenowskie stawu łokciowego odkrywa zniekształcenie, wskutek dawno zapomnianego urazu z lat dziecińczych, mianowicie oderwanie *condyli externi humeri* (fractura condylia). Wskazana jest interwencja chirurgiczna. Taka *Spätlähmung* Niemców, *paralysis tardive* Francuzów, należy do rzadkości, tembardziej, że zanik dzieli od urazu z górą 20 lat.

4. Kol. N. Pryłucki wygłosił odczyt p. t.:

„Schorzenia nerwowe w przebiegu niedokrwii

stości złośliwej a leczenie wątroba" (streszczenie własne).

Prelegent na wstępie omawia klinikę zaburzeń nerwowych w przebiegu niedokrwistości złośliwej i poszczególne postacie tych zaburzeń. Nieco dłużej prelegent zatrzymuje się nad cierpieniami, umiejscowionymi w rdzeniu kręgowym: zmiany w rdzeniu dotyczą głównie sznurów tylnych i bocznych, a więc wyłącznie istoty białej, nie mają wcale cech zapalnych i polegają na ogniskowym, lub, o ile sprawa trwa dłużej, powrózkowym zwyrodnieniu rdzenia. Wykładnikiem klinicznym procesu chorobowego, toczącego się w rdzeniu, jest *myelosis funicularis posterior, lateralis* lub *posterior et lateralis*. Według *Lauterbacha*, *myelosis funicularis* w przebiegu niedokrwistości złośliwej może przybierać formy następujące: a) postać spastyczna, b) *ataxia spinalis*, c) *ataxia cerebellaris*, i d) tylko parestezje.

Po pobieżnem zobrazowaniu poglądów na patogenezę i etiologię schorzeń nerwowych w przebiegu n. z., prelegent szczegółowo rozpatruje stosunek wzajemny tych dwóch cierpień. Jest zagadnieniem wysoce ciekawem i niezmiernie zawile znaleźć ognia, łączącego obie sprawy. W chwili obecnej ścierają się dwa zasadnicze zapatrywania: według jednego, oba cierpienia są zewnętrznym przejawem tej samej zasadniczej choroby, jakiegoś zatrucia ustroju, a zatem są to choroby niejako skoordynowane, według drugiego zaś, są to dwa cierpienia wzajemne sobie podporządkowane, ale, co do czasu, niezależne od jakiegokolwiek kolejności, to znaczy, że raz mogą wystąpić przedewszystkiem objawy n. z., innym razem tylko cierpienia nerwowe. Prelegent raczej przychylił się do poglądu pierwszego. Co do częstości występowania zaburzeń nerwowych łącznie lub w przebiegu n. z., według prelegenta nie sposób wyrobić sobie jasny pogląd na tę kwestję, albowiem statystyki, podawane przez różnych autorów i różne kliniki, tak bardzo się różnią, że gdy n. p. Türck na 8 przypadków n. z. widział tylko 2, powikłane schorzeniem nerwowym, a Cabot na 1200 tylko 129—inni autorowie, jak Curschman, Hamilton, Henneberg etc. określają liczbę powikłań ze strony układu nerwowego w przebiegu n. z. na 75—100 procent. Zdaniem prelegenta zasługują na uwagę badania Rosenowa, Seyderhelma i inn., które niejako wskazują na to, że zmiany w rdzeniu mogą istnieć od samego początku wystąpienia znamion niedokrwistości złośliwej, lecz mogą nie ujawniać się jakimkolwiek zespołem klinicznym, o ile chory zmarł wskutek natężenia zmian chorobowych we krwi. Naturalnie, nie wolno przy tem negować znaczenia momentu konstytucjonalnego, tembardziej, że niektórzy autorowie (Liepelt, Rothe, Matthes) mieli możność obserwowania rodzinnego występowania n. z., powikłanej zmianami w rdzeniu, nawet w trzech pokoleniach.

Z kolei prelegent przechodzi do omawiania istoty i wartości teorii wątrobowej w przypadkach n. z., powikłanych zaburzeniami nerwowymi. Prelegent przytacza opinie różnych europejskich i amerykańskich badaczy, którzy stosowali leczenie wątroba w takich przypadkach, oraz ich spostrzeżenia. Prelegent nie zgadza

się z twierdzeniem autorów amerykańskich Murphy'ego i Minot'a, że terapia wątrobowa jest leczeniem przyczynowym i uzdrawiającym, oraz z twierdzeniem Pala, że o ile wątroba będzie we właściwym czasie zastosowana, to nie dojdzie do zaburzeń nerwowych. Na zasadzie własnych spostrzeżeń, co prawda na skąym jeszcze materiale, oraz na zasadzie licznych doniesień z piśmiennictwa, prelegent przychodzi do wniosku, że wątroba jest środkiem leczniczym objawowym, działającym jednostronnie i to tylko na układ krwiotwórczy; zaś w zakresie centr. układu nerwowego, należy tylko leczenie to uważać, jako wynik podniesienia siły mięśniowej i ogólnej poprawy.

### 5. Dyskusja.

Kol. Apfelbaum (streszczenie własne). Skoro prelegent część referatu przeznaczył na omówienie zagadnienia patogenetycznego n. z., należało podkreślić przede wszystkim najnowsze pojęcia w tej dziedzinie. Zgodnie z tymi poglądami, czynnik bakteryjny i awitaminoza stanowią I-szy etap badań i odgrywają przypuszczalnie rolę dodatkową, głównie zaś wchodzi w rachubę zaburzenia biochemiczne ustroju, a przede wszystkim bezsok żołądkowy, wyprzedzający stale wybuch choroby. Upośledzenie konstytucyjne niezawodnie wchodzi tu w rachubę, wpływając na czynność żołądka, wątroby i szpiku. Szereg badań w tym kierunku daje nowe wytyczne leczeniu n. z. nie tylko wątroba, ale i tkanka żołądkową.

Co się tyczy wpływu podawanej wątroby na n. z., o czym też prelegent mówił, i tu można było potraktować zagadnienie to szerzej, opierając się na nowych statystykach, w których mnożą się nie tylko zastrzeżenia w dziedzinie jej skuteczności, ale i ostrzeżenia o jej szkodliwości w szeregu przypadków.

Skoro prelegent już poruszył sprawę pierwszeństwa odkrycia leczenia n. z. wątroba, to nie sięgając do czasów zamierzchłych, o których prelegent wspomina, przypomnę jedynie, że myśl tę podał fizjolog Copper, wyprzedzając o lat 10 Whipple'a i Minot'a.

Poprzestając na tych krótkich uwagach na temat patogenetycznego n. z., nie wchodzący w zakres dzisiejszego referatu, przejdę do tematu właściwego t. j. do omówienia szeregu zastrzeżeń w rozważanym przez prelegenta zagadnieniu zaburzeń nerwowych w przebiegu n. z.

Poruszony temat jest obecnie traktowany z największą ostrożnością przez czołowych badaczy w tej dziedzinie, to też uważam wnioski prelegenta za co najmniej przedwczesne i nieuzasadnione wobec nikłego materiału, jakim prelegent operuje (5 przypadków). Hematologowie, operujący dziś największym materiałem statystycznym, podają tylko przypadki kazuistyczne, nie wając się nie tylko na omówienie skuteczności podawania wątroby na przebieg cierpień nerwowych i psychicznych w n. z., ale nawet na próbę dokładniejszej klasyfikacji tych cierpień. Przyczyna tkwi w tem, że okres badań w tym zakresie jest zbyt krótki, a więc względnie liczba przypadków w stosunku do skali cierpień, jest zbyt mała.

Za pewnik uważać jedynie dziś można pogląd, że 1) nieznana neurotoksyna atakuje układ nerwowy i wegetatywny w całości, 2) objawy kliniczne są najczęściej mało współmierne do zmian anat. patol. W zakresie zaburzeń psychicznych rozciągających się od lekkiej depresji, aż do najcięższych psychoz, poprzez stany paranoidalne oraz objawy schizofrenji, cierpienia te nie mają żadnego wykładnika w zmianach anat. patol. mózgu, gdzie najczęściej spotykamy stale jednakowe obrazy w postaci ogniskowych zaników komórek kory, glejowacejących w różnych miejscach guzków, wreszcie wałów komórkowych dookoła martwiejących tkanek. Spostrzega się nawet odczyny paradoksalne: leczenie wątroba powoduje zwolnienie choroby, a jednak objawy psychiczne, bądź nerwowe, nasilają się.

Zmiany w rdzeniu dotyczą nietylko, jak prelegent zaznaczył, powrózków tylnych i bocznych, lecz niejednokrotnie spotyka się zmiany w rogach tylnych, a nawet przednich. Również nerwy obwodowe ulec mogą pewnemu zwyrodnieniu. I tu zależności objawów klinicznych od zmian anat. patol. doszukać się jest rzeczą niełatwą, wbrew temu, co prelegent mówił.

Na podstawie większej liczby spostrzeżeń, starano się przed 2-ma laty wysunąć koncepcję kliniczną 2-ch typów chorób nerwowych: 1) typu tabetycznego, poddającego się leczeniu wątroba, 2) oraz opornego typu, spastycznego. Już dziś jednak, w świetle większego materiału klinicznego, koncepcja ta zdaje się być nie-realną. Względy powyższe naprowadzają niektórych na myśl objawowego grupowania leczonych przypadków, np. przeważa zdanie, że o ile odruchy ścięgniste są zachowane, wyleczenie jest możliwe.

Z powyższego widzimy, jak chwiejne są w tej dziedzinie poglądy i jak ryzykowne jest wyciąganie wniosków.

Niesłuszną jest uwaga prelegenta, opierająca się na jednostronnym materiale statystycznym oraz na własnych kilku przypadkach (nie mogących wchodzić w rachubę), że większość przypadków niedokrwistości złośliwej jest dotknięta, a nawet poprzedzona, chorobami nerwowymi. Większe statystyki przeczą temu.

Pozatem muszę odrzucić inne wnioski kliniczne prelegenta, jako oparte na znikomym materiale klinicznym i niczem zresztą nieumotywowane, a więc: 1) powiedzenie: „zmiany w rdzeniu były małe, cofnęły się” zagadnienie to jest przedmiotem szerokiej dyskusji i nie może być tak łatwo w jednym powiedzeniu rozstrzygane.

2) Wniosek: „leczenie wątrobowe doprowadzić może do cofnięcia się objawów nerwowych” jest nieścisły, gdyż większość zaburzeń nerwowych zachowuje się właśnie opornie na leczenie wątrobowe, jakkolwiek zdarzają się przypadki, podobne do omówionego przez prelegenta (Bubert, Mason i inni).

3) Spostrzeżenie: „żadnego ubocznego działania wątroby na ustrój nie było” jest przedwczesne i ogólnikowe; nad tem zagadnieniem, związaniem z patogenezą n. z., toczy się szeroka dyskusja.

Kol. M o d r a k o w s k i. Przy stosowaniu surowej wątroby lub niedostatecznie oczyszczanych wyciągów, możliwe jest występowanie objawów ubocznych. Do czystych wyciągów należy zaliczyć amerykański preparat Minot'a do wstrzykiwań. Zastosowanie leczenia wątrobowego niedokrwistości złośliwej jest istotną zasługą Minot'a i Murphy'ego, bo odkryciem na nowo, choć Hippokrates już stosował wątrobę. Ciekawą jest rzeczą, czy w przypadkach, w których stwierdzono brak zjawienia się kwasu solnego pod wpływem leczenia wątrobowego, była robiona próba histaminowa i jakie dawała przed leczeniem wyniki. (Streszczenie wł.).

Kol. H i g i e r (streszczenie własne) uważa, że niedokrwistość złośliwa i jej myelopatje są względnie rzadsze u nas, niż zagranicą, rzadsze we Francji i Włoszech, niż w Niemczech i Ameryce. W północnych Niemczech, Nonne i Minnich przed laty opisywali dużo takich przypadków z Hamburga, a ostatnio Curschmann z małego miasta uniwersyteckiego (Rostock) 300 obserwacji, amerykańanie operują również materiałem ze stu i więcej spostrzeżeń jednego szpitala żydowskiego. Według częstości, kroczą objawy patologiczne w następującym porządku: zmiany we krwi, *achlorhydria*, *glossitis Hunteri*. Objawy rdzeniowe, mózgowie i psychiczne są o wiele, wiele rzadsze, ale nieraz poprzedzają wszystkie inne.

Tam, gdzie poprawa występuje, to najbardziej dotyczy ona krwi, najrzadziej achlorhydrii, objawy zaś nerwowe zajmują miejsce pośrednie. Systemowe czyli układowe cierpienia rdzenia — kombinierter Systemerkrankung — z zajęciem pęczków przednio-bocznych, bocznych i tylnych, znane są od bardzo dawna (Kahler, Pick z Wiednia przed laty 40-tu), a nazwę myelosis funicularis czyli myelopatji degeneracyjnej w odróżnieniu od myelitis, czyli sprawy zapalnej, wprowadził nie w r. 1928, lecz przed 15 tu laty Henneberg z Berlina.

H i g i e r uważa, że stosowniejszą jest nazwa choroby Biermera, jako nic nie przesądzająca, tembardziej, że sama niedokrwistość stanowi tylko jeden z objawów, i to nie koniecznie pierwszy, w przebiegu choroby.

Ciekawą jest rzeczą, że nie niedokrwistość per se daje te zaburzenia w układzie nerwowym, gdyż w innych ciężkich krwotokach, ostrych i przewlekłych z następową niedokrwistością (*anaemia posthaemorrhagica*, *anaemia ex ulcere gastrointestinali*, *botriocephalica*, *haemolytica*, *malarica*, *carcinomatosa*, *heredoluetica*, *pseudoleukaemica*, *leukaemica*) nie znajdujemy tych zmian.

Widocznie jad swoisty wywołuje współzrędnie niedokrwistość z rozpadem ciałek krwi oraz myelopatje z rozpadem myeliny, gleju i cylindrów osiowych. *Achyilia gastrica* i *glossitis chronica* nasuwają myśl, że jad wewnątrz ustroju powstały, wsysa się przez błonę śluzową żołądka i kiszek i działa toksycznie na krew i tkankę nerwową. Powstaje zagadnienie, dlaczego zwykła *achyilia gastrica* w raku żołądka, w *lues congenita* i w *potatorium chronicum* nie prowadzi stale do tych uszkodzeń rdzenia. Pierwotna

koncepcja neurologów była ta, że nie wylewy do szarej substancji, lecz jad wybiórczy doprowadza do zwyrodnienia wybiórczego poszczególnych torów czyli pęczków. Zmienność, przelotność, obostżenia i zwolnienia, zobojętnienie jadu przez produkty wątroby przemawiają również za autointoksykacją.

Co do działania wątroby, Higier nie posiada własnego doświadczenia a z piśmiennictwa opinie brzmią nader rozbieżnie. Amerykanie naogół polecają ogromne dawki wątroby przez 1 do 2 lat bez przerwy.

Kol. Filiński (streszczenie własne) oświadcza, że sądząc z referatu prelegenta i z jego materiału, obejmującego pięć przypadków, z których trzy były dotknięte poważnem cierpieniem układu nerwowego, możnaby myśleć o ich niezwyklej częstości w przebiegu niedokrwistości złośliwej. W związku z tem, kol. Filiński przytacza dane z materiału II kliniki chorób wewnętrznych U. W. za okres dziesięciolecia. Pomijając częściową lub całkowitą utratę przytomności, którą tłumaczy działaniem toksycznym lub niedokrwistością mózgu, pomijając drobne dolegliwości w postaci słabych perestezyj, nieznacznego osłabienia odruchów i t. p., kol. Filiński na 30 przypadków widział tylko 3, w których były poważne zmiany w układzie nerwowym. Będąc też przez lat kilka konsultantem kliniki chorób nerwowych U. W., kol. Filiński spotkał tam wogóle 3 przypadki niedokrwistości złośliwej, które trafiły do tej kliniki dzięki temu, oczywiście, że miały poważne zmiany w układzie nerwowym.

W leczeniu tych zmian chorobowych w układzie nerwowym, które polegają na zwyrodnieniu, nie można się spodziewać poprawy, — chyba tylko wstrzymania dalszego rozwoju sprawy.

Kol. Goldman Mieczysław—senior, na 10 obserwowanych przez siebie przypadków niedokrwistości złośliwej nie spostrzegał nigdy senności. Leczenie wątrobą jest nieswoistem leczeniem objawowem. Przypadki, ulegające po leczeniu wątrobą poprawie, zarówno pod względem hematologicznym, jak też neurologicznym, mogą znajdować się w okresie przełomu samoistnego.

Kol. Roguski wypowiada się przeciwko przepisywaniu zbyt wielkiej wagi obecności prątków okrężnicy w posiewach zawartości żołądka. Jałowe pobieranie soku żołądkowego jest bardzo trudne. Obecność zaś bakterij w soku żołądkowym pozbawionym kwasu solnego, wydaje się być zjawiskiem zupełnie zrozumiałem (streszcz. własne).

Kol. W. Orłowski podkreśla, iż klinika rozpoznaje obecnie chorobę Biermera w znacznie wcześniejszym okresie jej rozwoju nawet wtedy, gdy krew zawiera więcej, niż 100% hemoglobiny, a kwinek czerwonych więcej niż 5 milionów. Warunkiem koniecznym dla uznania choroby za chorobę Biermera jest bezsoczność żołądka. Objawy nerwowe, w przebiegu omawianego cierpienia, spotyka się obecnie częściej, niż dawniej. Dzięki leczeniu wątrobą doprowadzamy chorych do okresu rozwiniętych zmian nerwowych, gdy dawniej chorzy umierali już przed wystąpieniem

tych zmian. W początkowych okresach choroby Biermera bardzo często występują parestezje. (Streszcz. własne).

Kol. Pryłucki w opowiedzi podkreśla istnienie w wyciągu wątrobowym 2 ciał: jednego o działaniu dodatniem, leczniczem, drugiego zaś — szkodliwem. Rozpoznanie neurologiczne u chorych prelegenta było ustalone przez neurologa.

6. Kol. Grott z serji

„Badań nad rozpoznawaniem cukrzycy“ wygłosił doniesienie II p. t:

„Znaczenie krzywej cukru we krwi, po obciążeniu glukozą, dla rozpoznawania i leczenia cukrzycy“ (streszczenie własne).

Na podstawie zbadania krzywej cukru we krwi, po 50 gr. glukozy, u przeszło 200 chorych na cukrzycę w ciągu ostatnich kilku lat, prelegent w następujący sposób streszcza wyniki swej pracy.

Badanie krzywej cukru we krwi, po obciążeniu ustroju 50 gr. glukozy, jest, jak dotąd, rozstrzygającym czynnikiem w rozpoznawaniu cukrzycy.

Uniezależniając nas w ocenie przypadku od progu nerkowego, pozwala uniknąć błędu dwojakiego rodzaju:

1) w razie stwierdzenia cukromoczu, powstałego tylko wskutek patologicznie obniżonego progu nerkowego, unikniemy rozpoznania, a następnie i zbytecznego leczenia cukrzycy tam, gdzie jej niema;

2) w razie braku cukromoczu, wskutek nienormalnie wysokiego progu nerkowego u chorego na cukrzycę, krzywa cukru we krwi, po obciążeniu ustroju glukozą, pozwala wykryć patologiczną przemianę węglowodanową, a co zatem idzie, uchroni lekarza oraz chorego od przeoczenia potrzeby leczenia tam, gdzie ono jest nieodzowne.

Podczas wykonywania próby obciążania ustroju 50 gr. glukozy, dokładność badania wymaga:

1) by próbę wykonywano naczczo w 12—14 godz. po ostatnim posiłku,

2) by, przynajmniej na 2—3 dni przed próbą, badany znajdował się na normalnej mieszanej diecie,

3) by, przynajmniej na 2—3 dni przed próbą, badany prowadził normalny tryb życia i to ze specjalnem uwzględnieniem potrzeby zachowania równowagi psychicznej,

4) próbę należy wykonywać w porze normalnego rannego posiłku,

5) podczas próby, badany winien znajdować się w spoczynku i unikać zdenerwowania.

Zachowania powyższych warunków należy specjalnie ściśle przestrzegać w przypadkach, wymagających rozstrzygnięcia co do możliwości istnienia początkowej cukrzycy.

W razie stwierdzenia cukrzycy, ocena ciężkości przypadku powinna odbywać się na podstawie wzajemnego porównania wysokości krzywej cukru we krwi oraz cukromoczu. Wysokie krzywe

zwykle odpowiadają cięższym przypadkom cukrzycy, niskie — lżejszym.

Na podstawie porównania 67 krzywych, otrzymanych przed leczeniem u chorych, leczonych djetą tylko (gr. I), oraz 70 krzywych, otrzymanych u chorych, leczonych djetą i insuliną, otrzymano następujące krzywe przeciętne:

| Czas: | 0'  | 60' | 90' | 2 g. | 3 g. | 4 g. | cukromocz |
|-------|-----|-----|-----|------|------|------|-----------|
| I     | 175 | 310 | 287 | 311  | 200  | 170  | 9,42      |
| II    | 266 | 402 | 399 | 374  | 337  | 272  | 29,47     |

Liczby wyrażają w miligramach ilości cukru w 100 cm. kub. krwi.

Krzywe te, jako orientacyjne, wskazują tylko, że jeśli chory, zbadany przed leczeniem, ma wykres zbliżony do wykresu gr. I, to istnieje duże prawdopodobieństwo utrzymania go w dobrym stanie przy djetcie około W-100, B-80, Tł. 120 i 500 gr. zielonych jarzyn, bez insuliny. Jeśli zaś wykres jest zbliżony do krzywej gr. II, to raczej okaże się konieczność równoczesnego stosowania insuliny.

Powtórne wykonanie próby obciążania glukozą u chorego na cukrzycę pozwala porównać zachowanie się przemiany węglowodanowej w ustroju na początku leczenia z chwilą obecną. Możemy w ten sposób stwierdzać cofanie się lub postępowanie choroby naprzód.

W przypadku cukrzycy lekkiej, lub w razie wysokiego progu nerkowego, maskującego chorobę, powtórzenie próby stanowi nadzwyczaj cenny argument, dobitnie przekonujący zarówno lekarza, jak i chorego o potrzebie dalszego leczenia cukrzycy.

## 7. Dyskusja.

Kol. W. Orłowski wyraża zadowolenie, iż prelegent odstąpił od proponowanej przez siebie w roku ubiegłym próby obciążania ustroju węglowodanami przy pomocy miodu. Badania krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą jest bardzo wartościowe dla rozpoznania lekkich przypadków oraz pod koniec leczenia, dla sprawdzania jego wyników, natomiast w przebiegu leczenia i dla ustalenia ciężkości przypadku, krzywa cukru nie ma wielkiego znaczenia. Inne warunki rozstrzygają o ciężkości przypadku, a nawet o leczeniu; ma tu znaczenie przede wszystkim zakwaszenie: miarą jego nie jest jednak ketonuria, a raczej ketonemia. Drugim czynnikiem, odgrywającym rolę w ocenie ciężkości przypadku, jest stan odżywienia chorego; mimo jednakowych krzywych cukru we krwi, chorego źle odżywionego potraktujemy raczej insuliną, gdy otyłemu możemy zalecić parudniową (1—2 dni) nawet głodówkę.

Należy również nadawać znaczenie nie tyle wysokości krzywej cukru, ile czasowi, po którym poziom cukru we krwi powraca do

normy; im dłużej trwa wzmożenie zawartości cukru we krwi, tem przypadek należy uważać za cięższy (streszczenie własne).

Kol. G r o t t (streszczenie własne). Uwagi pana prof. Orłowskiego są słuszne i zupełnie zgodne z poglądami, wyrażonymi w mej pracy. Doceniając należycie znaczenie innych metod badania, oprócz krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą, na wstępie swego referatu zaznaczyłem: „Rozpoznawanie cukrzycy opiera się na 2-ch kategoriach objawów. Do pierwszej z nich zaliczyć należy wszystko to, co nam daje bezpośrednie badanie chorego, połączone z wywiadami i obserwacją, do drugiej zaś dane, uzyskane drogą badań pracownianych“, a następnie, omawiając znaczenie krzywych przeciętnych, podkreśliłem jeszcze raz to samo w słowach: „Rzecz oczywista, że krzywa cukru we krwi, wzięta oddzielnie, stanowi tylko jeden z objawów, na których klinicysta musi oprzeć swe wnioski“.

Również podkreśliłem, że najistotniejszą cechą krzywej cukrzycowej stanowi opóźnienie powrotu do normy. O sprawie tej bardziej szczegółowo będę mówił w ostatniej części mych badań.

Być może, że powyższe zdania zamało zostały podkreślone w toku obszernego referatu, wobec czego mogły ująć uwagi słuchacza. Dlatego też jestem bardzo wdzięczny Panu Profesorowi za zwrócenie mi uwagi na potrzebę lepszego uwydatniania mych poglądów.

Jedynie co do próby miodowej, podanej przezemnie przed rokiem, muszę sprostować, że zaszło tu pewne nieporozumienie. Obciążenie ustroju rano naczczo w postaci: 100 gr. miodu, 75 gr. bułki i 2 szklanek herbaty nieocukrzoney, zaproponowałem nie dla oznaczenia krzywej cukru we krwi, lecz jedynie, jako próbne śniadanie węglowodanowe, po którym w praktyce powinno się badać moczu, oddany w 2 godz. później, na zawartość cukru. Należy tak postępować dlatego, że ujemny odczyn na cukier w moczu tylko wtedy ma znaczenie, gdy badamy moczu oddany w 2 godz. po obciążeniu węglowodanami.

Według mych poglądów, wygłoszonych tu przed rokiem, miód ma służyć do wyeliminowania z pośród ludzi zdrowych osoby z podejrzanym cukromoczem. W razie najmniejszego podejrzenia co do możliwości istnienia cukrzycy, lub w razie stwierdzenia jakiegokolwiek cukromoczu, dla dalszego różnicowania przypadku zawsze proponowałem i proponuję zbadanie krzywej cukru we krwi po obciążeniu ustroju 50 gr. glukozy.

Posiedzenie zakończono o godz. 11-ej.

Prezes: *Witold Orłowski*

Sekretarz Doroczny: *Jan Roguski*.

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 21 października 1930 roku.**

Obecnych członków T-wa 79, wprowadzonych gości 91.

Początek o godz. 8-ej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 14/X. 1930 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac, nadesłanych do Biblioteki T-wa:

Bilancioni. Malpighi e Redi 1929.

Bilancioni. Giovanni Rasori. 1929.

Bilancioni. Medici minori del Riminese nei secoli XV e XVI. 1912.

Bilancioni. Un precursore dei moderni studi sulla tubercolosi 1916.

Bilancioni. La questione della sede della cataratta e un carteggio inedito fra il Valsalva e il Lancisi. 1911.

Bilancioni. Le prime esperienze cliniche col liquore di Van Swieten. 1915.

Bilancioni. Un nemico e una vittima del Salasso. 1915.

Bilancioni. La figura e l'opera di Valsalva. 1923.

Bilancioni. L'organo della voce in uno dei mosaici di S. Apollinare in Glasse. 1928.

Bilancioni. Svolgimento storico del concerto di „Aria“ 1923.

Notizie biografiche del dottor Giovani Cosimo Bonomo. 1930.

Revista di Storia delle Scienze Mediche e Naturali. 1929 Nr. 3—4.

Janus. Bd. I, H. I.

Hospitale de feriti bellici nel assedio di Casale di horatio Francesco Polino chirurgico. 1628—1629.

La Ressegna di Clinica Terapia e Scienze affini. 1930. Fasc. 2.

M. Schaeerer. Nouveautés techniques.

Butkiewicz. T. O wytwarzaniu sztucznej pochwy przy wrodzonym jej braku. 1930.

Zembrzowski L. Ś. p. Stanisław Trzebiński. 1930.

Krzyształowicz F. Les caractères histologiques des syphilides. 1901.

Krzyształowicz F. Ein Fall von Pityriasis lichenoides chron. 1917.

Kr z y s z t a ł o w i c z F. Cechy histologiczne zmian kiłowych na skórze. 1900.

S i e d l e c k i i K r z y s z t a ł o w i c z. Spostrzeżenia nad budową i rozwojem *Spirochaete pallida* Schaud. 1906.

O s t r o w s k i W. Zgorzel samoistna kończyn. 1930.

O s t r o w s k i W. Z kazuistyki obrażeń kręgosłupa szyjowego. 1929.

O s t r o w s k i W. Leczenie chorych w oddziale chirurgicznym drugim Szpitala Dzieciątka Jezus w 1928-ym roku. 1929.

O s t r o w s k i W. Współczesne sposoby leczenia oparzeń i odmrożeń. 1929.

O s t r o w s k i W. Przyczynek do sprawy złamań pierwszego żebra. 1929.

P e k e r. O stosowaniu radu w chorobach przemiany materji, a w szczególności w chorobach stawów. 1930.

P e k e r. O racjonalizacji wywczasów letnich dla dzieci i młodzieży.

P e k e r. Pozaustne stosowanie salicylu w schorzeniach gośćcowych. 1928.

P e k e r. Wpływ wadliwej przemiany ciał purynowych na powstawanie i przebieg cukrzycy. 1928.

P e k e r. Z patogenezy i leczenia dny. 1928.

P e k e r. O środkach leczniczych, stosowanych w dnie. 1929.

P e k e r. Współczesne poglądy na etiologję, patogenezę i leczenie ostrego gościa stawowego.

A n t o n i a k, C z y ż e w s k a i P e k e r. Pepton, jako środek przeciwkrwotoczny. 1929.

P e k e r i C z y ż e w s k a. Szczepienia skórne „Cutivaccin“ Paula w schorzeniach gośćcowych.

S t e r l i n g - O k u n i e w s k i. Nowotwory pierwotne trzustki. 1930.

S t e r l i n g - O k u n i e w s k i. Słów kilka w sprawie rozpoznawania nowotworów złośliwych płuc i opłucny. 1930.

S t e r l i n g - O k u n i e w s k i. O potrzebie określania ciśnienia rozkurczowego u sportowców.

S t e r l i n g - O k u n i e w s k i. Der klinische Wert des diastolischen Druckes. 1830.

S t e r l i n g - O k u n i e w s k i. Wrażenia z wycieczki naukowej zagranicę. 1929.

S t e r l i n g - O k u n i e w s k i i R o s n o w s k i. Contribution à l'étude de l'épidémiologie et de la clinique de la trichinose. 1930.

W ą s o w s k i. Formuła leukocytowa w ropnem zapaleniu ucha środkowego i jego powikłaniach i jej znaczenie rozpoznawcze, z uwzględnieniem bakterjologii tych cierpień. 1925.

Mazzini. Una vertenza Fra Medici e il Comune d'Imola nel secolo XIII. 1930.

Mazzini. Di Battista Condronchi—Medico e filosofo imolese (1547—1628). 1923.

Fosseyeux. Les Congrès internationaux d'Histoire de la médecine. 1930.

Merlini. Il primato italiano nelle scienze mediche. 1930.

Capparoni. Cinque lettere inedite di Adrian van den Spieghel. 1930.

Capparoni. Profili bio-bibliografici di medici e naturalisti celebri Italiani. vol. 1, 2. 1928.

3. Kol. Prezes odczytuje życiorysy ś. p. D-ra Michała Latkowskiego i D-ra Aleksandra Kopczyńskiego, skreślone przez Sekretarza Stałego. Zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie z miejsc.

Ś. p. Michał Latkowski urodził się w Łaguni, na Ukrainie w r. 1882. Gimnazjum klasyczne ukończył w Jarosławiu nad Wołą w r. 1900 i w tymże roku wstąpił na Wydział Lekarski Uniw. Moskiewskiego, który ukończył w r. 1909. Przez jeden rok był asystentem kliniki kobiecej Uniw. Moskiewskiego, poczem odslużywał stypendjum rządowe, jako lekarz dzielnicowy w powiecie klimowieckim, ziemi Mohylewskiej.

W r. 1913 złożył egzamina na doktora medycyny Uniw. Moskiewskiego.

W r. 1914 został powołany do wojska rosyjskiego i pozostawał w nim przez  $1\frac{1}{2}$  roku, jako lekarz 2-go bataljonu saperów, a następnie jako st. ordynator oddz. chirurgicznego szpitala zapasowego w Nowozybkowie, ziemi Czernihowskiej.

W r. 1918 powrócił do Polski i wstąpił do wojska. Od tego czasu jest lekarzem 1-go szpit. Okr. im. J. Piłsudskiego, jako młodszy, a od r. 1924 jako starszy ordynator oddziału chirurgicznego.

Członkiem czynnym T-wa Lek. Warsz. został w r. 1930.

Zmarł dn. 4.X. 1930 r. Jest to więc ciężka strata dla polskiej ortopedji. Ś. p. Latkowski zapowiadał się, jako siła bardzo wybitna, dużo umiał i był bardzo pracowity.

Wydał drukiem następujące prace:

1) O uruchomieniu wytwórczem stawów sztywnych. Lek. Wojsk. 1924.

2) Ręka sztuczna ruchoma po operacji Krukenberga. Przegl. Chir. 1925.

3) Mało znany sposób przeszczepiania ścięgien. Przegl. Chir. 1925.

4) Kilka uwag o zszywaniu ran postrzałowych. Lek. Wojsk. 1926.

5) Chirurgja polowa. Wykłady dla stud. Szkoły Podchor. Skrypta. 1926.

- 6) Szew ścięgnowy. Przegl. Chir. 1927.
- 7) Operacja wytwórcza po odjęciu przedramienia. Przegl. Ortop. 1928.
- 8) Leczenie stopy wydrążonej przeszczepianiem ścięgien. Przegl. Ort. 1928.
- 9) Przyczynek do leczenia złamań szyjki chir. 1929. Lek. Wojsk.
- 10) O złamaniu dolnych nasad podudzia. Lek. Wojsk. 1929

Ś. p. A l e k s a n d e r K o p c z y ń s k i, urodzony w r. 1866 w Warszawie. W r. 1884 ukończył gimnazjum IV, w Warszawie, w tymże roku zapisał się na Uniwersytet Warszawski, który ukończył z wynikiem „cum exima laude”. W r. 1891 był lekarzem wolnopracującym w osadzie Zalelików, w gubernji lubelskiej — w r. 1892 czasowym lekarzem na kolei Moskiewsko-Brzeskiej w Smoleńsku. W r. 1894 został mianowany asystentem oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Rocha w Warszawie. Od r. 1899 zajmuje stanowisko lekarza ambulatorjum chorób chirurgicznych w szpitalu św. Rocha.

Członkiem czynnym T-wa Lekarskiego Warszawskiego został w r. 1900. Zmarł dnia 13. X. 1930 r.

W r. 1890 ogłosił drukiem pracę p. t.:

„Resekcja stopy sposobem Obalińskiego” Gaz. Lek.

4. Kol. K. Chodkowski przedstawił:

„Przypadek zwężenia cieśni tętnicy głównej” (Streszczenie własne).

U 23-letniego ślusarza z rozpoznaniem klinicznym ostrego zapalenia wsierdza z następczą niedomykalnością lewego ujścia żylnego, znaleziono na sekcji wybitne przewężenie pnia tętnicy głównej między odejściem lewej tętnicy podobojczykowej a ujściem przewodu tętniczego Botalla. W miejscu tem, po otwarciu, stwierdzono okrężny fałd półksiężycowaty, wpuklający się do światła tętnicy i jej przedniej ściany. Między fałdami znajdował się mały uchylek ściany. Ujście przewodu tętniczego leżało poniżej fałdu okrężnego; od strony tętnicy płucnej przewód był zarośnięty. Pozatem w sercu znaleziono wrzodziejące zapalenie zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, zapalenie przewlekłe, i zwyrodniające nacieczenie tłuszczowe mięśnia. W nerce lewej były dwa, małe zawały blade.

Krążenie było wyrównane przez następujące połączenie:

1) wewnętrznej tętnicy sutkowej, od tętnicy podobojczykowej, z tętnicami międzyżebrowymi, od piersiowej części tętnicy głównej;

2) górnej tętnicy nadbrzuszej, od wewnętrznej tętnicy sutkowej, z dolną tętnicą nadbrzuszną, od zewnętrznej tętnicy biodrowej, oraz z tętnicami lędźwiowymi, od brzusznej części tętnicy głównej;

3) tętnicy osierdziowo - przeponowej i mięśniowo-przepono-

wej, od wewnętrznej tętnicy sutkowej, z tętnicami przeponowemi górnymi i dolnymi, od piersiowej i brzusznej części tętnicy głównej;

4) bocznej tętnicy piersiowej, od tętnicy pachowej, z tętnicami międzyżebrowymi, od piersiowej części tętnicy głównej;

5) zstępującej gałęzi tętnicy poprzecznej szyi, od pnia tarzowo-karkowego tętnicy podobojczykowej, z gałązkami grzbietowymi tętnic międzyżebrowych, od piersiowej części tętnicy głównej

Zwężenia cieśni mogą umiejscawiać się, bądź między lewą tętnicą podobojczykową i ujściem przewodu tętniczego Botalla, bądź w miejscu ujścia przewodu. Pierwsze spotykamy prawie wyłącznie u noworodków, drugie u dorosłych. Przedstawiony przypadek zwężenia należy zaliczyć do zwężeń pierwszego rodzaju. Zarośnięcie cieśni spotykamy znacznie rzadziej, niż zwężenie (stosunek 1:7).

Do zasadniczych objawów klinicznych typowych postaci zwężeń zaliczamy:

1) Szmer skurczowy w górnym odcinku mostka (charakter szmeru jest zmienny: chuchający, miękki, trący); często doskonale słysząc go w okolicy międzyłopatkowej.

2) Różnica w zachowaniu się tętna na kończynach górnych (tętno tętnicy promieniowej jest mocne, łatwo wyczuwalne, dobrze wypełnione) i dolnych (tętno tętnicy udowej i grzbietowej stopy — ledwo lub zgoła niewyczuwalne, małe, słabo wypełnione). W dużych zwężeniach, tętna wymienionych tętnic mogą być niewspółmierne.

3) Różnica parcia krwi w obrębie kończyn górnych i szyi (obszar wysokiego parcia) i dolnych (obszar niskiego parcia), jak również znaczna różnica między parciem skurczowem i rozkurczowem.

4) Istnienie powierzchownych dróg krążenia ubocznego (objaw niestały). Duże znaczenie mogą mieć pomocnicze badania kliniczne, jak: prześwietlanie i zdjęcia rentgenowskie, metody wykresne tętna, badania włosniczek palców rąk i nóg (kapilaroskopia).

W postaciach poronnych, częstszych, niż typowe, nie stwierdza się szmeru; zwężenie bowiem jest za małe, by mogło go spowodować.

Powikłania, związane z obecnością zwężenia:

1) Rozszerzenie lub tętniaki (rozlane, workowate, rozdzielające) części wstępującej łuku tętnicy głównej lub ich gałęzi (często tętnicy mózgu), około 12% pęknięć (wysiłki fizyczne).

2) Zapalenia wsierdza, mięśnia sercowego i błony wewnętrznej tętnicy głównej.

3) Zwyrodniające nacieczenie tłuszczowe mięśnia sercowego.

4) Miażdżyca tętnic obszaru wysokiego parcia.

5) Kol. Witold Orłowski wygłosił odczyt p. t.:

„Patogeneza przewlekłej niewydolności krążenia ze szczególnem uwzględnieniem teorii obwodowo-mięśniowej Eppingera. Część I.

„Kształcenie się poglądów na patogenезę przewlekłej niewydolności krążenia“ (streszczenie własne).

Prelegent omawia teorie powstania przewlekłej niewydolności krążenia: sercową oraz obwodową, w tem udział układu tętniczego, żylnego, włósnikowego, w myśl badań Krogha, magazynów krwi, tętniczek ustrojowych, wreszcie, teorię Eppingera.

6. Kol. S. Cytronberg z serji:

„Badań doświadczalnych nad czynnością wydzielniczą i chłonną jelita cienkiego“ wygłosił doniesienie II p. t.

„Wpływ pożywienia na ilość i jakość wydzieliny jelitowej“ (streszczenie własne).

Prelegent przeprowadził szereg doświadczeń, na psach z przetoką jelitową, nad wpływem pożywienia na ilość i jakość soku jelitowego i przyszedł do wniosków następujących:

1) Pożywienie, podawane w ciągu kilku do kilkunastu dni, wywiera pewien wpływ na wydzielanie jelitowe.

2) Wpływ ten zaznacza się szczególnie wyraźnie przy bezpośrednim przejściu z jednego rodzaju pożywienia na drugi. Jeżeli natomiast pomiędzy dwoma okresami podawania różnego pożywienia jest dłuższa przerwa (od paru do kilku tygodni), wówczas różnice w wydzielaniu jelitowem zacierają się. Chcąc więc wejrzeć w sprawę wpływu pożywienia na ilość i jakość soku jelitowego, należy na każdym psie przeprowadzić możliwie większą liczbę doświadczeń, postępując w ten sposób, że zmienia się pożywienie kilkanaście, a co najmniej kilka razy. Wyniki zestawienia ilości i cech soku, wydzielanego po wszystkich okresach różnego pożywienia, wskażą wtedy cechy wydzielania jelitowego, mniej lub więcej swoiste, dla każdego rodzaju pożywienia.

3) W tych doświadczeniach należy pamiętać o następujących okolicznościach: a) pętle wyodrębnione muszą pochodzić z tego samego odcinka, b) ich długość winna być możliwie jednakowa, c) sposób, czas zgłębnikowania przetoki, tryb życia zwierząt i t. d., winny być jednakowe, d) nie wolno w międzyczasie przeprowadzać na zwierzętach jakichkolwiek innych doświadczeń.

4) Obok pożywienia, na wydzielanie jelitowe wpływa jeszcze szereg innych czynników, do których przypuszczalnie należą: rasa, wiek, płeć, czynniki nerwowo-odruchowe i psychiczne, napięcie układu wegetatywnego, czynność gruczołów dokrewnych i t. d.

5) W ramach tych zastrzeżeń, prelegent stwierdza, że po dacie mieszanej, obfitej w węglowodany, ilość godzinna soku jelitowego jest największa, nieco mniejsza po pożywieniu wyłącznie mlecznem, jeszcze mniejsza po wyłącznie mięsnem, najmniejsza po głodzie.

6) Zwierzę młodsze, lub mniejsze wydziela naogół nieco więcej soku na 1 kg. wagi, niż starsze i większe.

7) Ciężar właściwy i wskaźnik refraktometryczny soku są największe po pożywieniu wyłącznie mięsnem, nieco mniejsze po mieszanem, jeszcze mniejsze po pożywieniu wyłącznie mlecznem. To samo dotyczy zawartości składników sformowanych (leuko - i limfocytów, nabłonków, kryształików i t. d).

8) Napięcie powierzchniowe nie wykazuje zależności od pożywienia.

9) Lepkość płynnej części soku jest najbardziej stałą cechą fizyczno-chemiczną soku. Jelito reguluje lepkość swej wydzieliny przy pomocy większej lub mniejszej ilości składników sformowanych.

10)  $P_H$  soku nie wykazuje zależności od rodzaju pożywienia. Prawdopodobnie wpływ pożywienia jest tutaj zamaskowany, wskutek obecności znacznej ilości tłumików w soku jelitowym.

11) Zasób zasad soku jest największy po pożywieniu mlecznem, nieco mniejszy po mieszanem, najmniejszy po wyłącznie mięsnem.

12) Stężenie chloru jest naogół równoległe do stężenia chloru we krwi, wykazuje atoli większe wahania.

13) Zawartość azotu pozabiałkowego jest w soku zwierzęcia starszego większa, niż w soku młodszego, stosownie do takiegoż samego zachowania się zawartości azotu pozabiałkowego we krwi.

W dyskusji kol. Bączkiewicz przypomina badania Nenckiego i Jakowskiego nad sokiem jelitowym człowieka.

W odpowiedzi, kol. Cytronberg stwierdza, iż w pracy, przygotowanej do druku, pracę Nenckiego omówił.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 10.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski*

## PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 28 października 1930 r.**

Obecnych członków Towarzystwa 74, wprowadzonych gości 91.

Początek o godz. 8-ej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21.X. 1930 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac, nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa, oraz składa podziękowanie Wiceprezesowi kol. L. Paszkiewiczowi za wzbogacenie zbiorów Towarzystwa cennymi darami.

Twaróg-Gradzińska. Leczenie rwy kulszowej zapo-

mocą śródmieśniowych zastrzyków *Natrium phenylcinchonum* „Spiess”. 1929.

Trawiński. Technika drobnych zabiegów lekarskich. 1927.

Welch. Cooperative relations between official and unofficial health agencies. 1925.

Wernic. Ruch genetyczny w Polsce i jego zagadnienia aktualne. 1928.

Wernic. Polski projekt ustawy walki z chorobami wenerycznymi i nierządem. 1929.

Wojnar. Wpływ tkanin użytych jako koszulki katatermometru Hilla i jego wskazania. 1930.

Wieczorek. Przyczynek do nauki o *angiomatosis retinale*. 1927.

Wąsowski. Formuła leukocytoza w ropnym zapaleniu ucha środkowego, jego powikłaniach i jej znaczenie rozpoznawcze, z uwzględnieniem bakterjologii tych cierpień. 1925.

Wąsowski. Przyczynek do działania panitryny w cierpieniach przewlekłych ucha środkowego. 1925.

Wojciechowski A. Rany wielkich naczyń w świetle spostrzeżeń i doświadczeń wojny światowej. 1922.

Wojnicz. Struma nodosa seu adenoma glandulae thyreoideae et cystadenoma papilliferum pseudomucinosum ovarii. 1927.

Ziegler. Przyczynek do leczenia tężca u dzieci. 1927.

Zachert. Leczenie jaglicy prostej. 1927.

Dni Przeciwgruźlicze. 1.XII.29 r.—10.I.30 r.

Lalji-Sinbun. 1929.

Warunki przyjmowania kandydatów do szkoły podchorążych sanitarnych. 1930.

Some special features of the work of the public health service. 1927.

Pamiętnik kliniczny szpitali: Dzieciątka Jezus, św. Ducha i Przemienienia Pańskiego r. 1925, r. 1926.

Pamiętnik III Zjazdu Lekarzy w Krynicy. 1930.

Kąpiele i sanatorja Śląska.

Róbin. O próbie desmoidalnej Sahliego.

Róbin. O mało znanym syndromie żołądkowym i o jego wartości rozpoznawczej.

Róbin. Über den diagnostisch-therapeutischen Wert der Schmidtschen Probekost bei Darmkrankheiten. 1910.

Róbin. Ueber ein wenig bekanntes gastrisches Syndrom und seine diagnostische Bedeutung.

Róbin. Nowe, uproszczone śniadanie próbne. Gastr. Pol. 1928.

R ó b i n. O zgłębnikowaniu dwunastnicy i znaczeniu tej metody.

R ó b i n. Trudności rozpoznawcze w cierpieniach przewodu pokarmowego. 1927.

R ó b i n. Kilka uwag w sprawie patogenety i leczenia owrzodzeń żołądka. 1924.

R ó b i n i Przywieczerski. O zgłębnikowaniu dwunastnicy. 1913.

R u d z k i S. Rozpoznanie gruźlicy w wieku dojrzewania. 1929.

R u d z k i S. Dziesięciolecie szpitala Ujazdowskiego. 1929.

R u d z k i S. Metody badania dróg oddechowych. 1930.

R u d z k i S. S. p. Generał dywizji Dr. Zdzisław Juchnowicz-Hordyński. 1929.

R u d z k i S. Kartka z życia społecznego lekarzy petersburskich. 1928.

R u d z k i S. Walka z gruźlicą dawniej a dziś. 1928.

R u d z k i S. Zadania pielęgniarki w leczeniu gruźlicy. 1930.

R u d z k i S. Ś. p. Dr. Kazimierz Dłuski. 1930.

R u d z k i S. VI Międzynarodowy Zjazd Przeciwigruźliczy w Rzymie. 1929.

R u d z k i S. Gruźlica otyłych. 1930.

R u d z k i S. Ś. p. generał prof. Stanisław Przybytek. 1927

R u d z k i S. Udział Czerwonego Krzyża w Międzynarodowych Zjazdach Przeciwigruźliczych.

R u t k o w s k i. O organizacji oddziału chirurgicznego. 1930.

S z a f n i c k i. Hetol w lecznictwie okulistycznym. 1913.

S o b i e s z c z a ń s k i. Przypadek przewlekłego unieruchamiającego zapalenia kręgosłupa. 1922.

S o b i e s z c z a ń s k i. Przypadek nagłego zgonu z powodu kiły narządów krążenia.

S o b i e s z c z a ń s k i. La tuberculose chez les écoliers. 1930.

S o b i e s z c z a ń s k i. Szpital Przemysłowy w Ougrée-Marihaye. 1930.

S o b i e s z c z a ń s k i. Forschungen über den Höcker von Carabelli. 1930.

S z e n a j c h. List do mamusi w sprawie dyfterytu. 1930.

S z e n a j c h. Katastrofalny brak łóżek szpitalnych dla chorych dzieci w Warszawie. 1930.

S z c z e p a ń s k i. Ciężka niedokrwistość złośliwa (*anaemia perniciosa gravis*) a gruźlica. 1922.

T a y l e r - J o n e s. Causes of absences in one grade of fifteen public Schools in Washington. 1924.

T r e a d w a y. Some observations on the personality of feeble-minded children in the general population. 1918.

T e l a t y c k i. Ocena objawu gorączki i podgorączki z punktu widzenia ftyzjologa.

T r z e b i ń s k i. Nieznany list i artykuł naukowy Jennera—z notatek prof. W. Herberskiego. 1926.

3. Kol. H i g i e r H. przedstawia przypadek:

„Porażenie mięśni okresowe rodzinno-dziedziczne (*paralysis musculorum paroxysmalis heredofamiliaris*). (Streszczenie własne).

Kol. H i g i e r przedstawia członka rodziny, której cztery pokolenia dotknięte są rzadkiem cierpieniem, opisanem przed laty przez Westphalla, jako *paralysis musculorum paroxysmalis*. Jako czynniki, wywołujące napad, podkreśla zarówno chory, jak jego bliżsi i dalsi krewniacy: zbyt obfite dania wieczorne, brak ruchu po jedzeniu, białe pieczywo pszenne, dłuższe leżenie, alkohol. Napady lekkie, szybko przemijające, są częste, napady ciężkie z zupełnem porażeniem, brakiem odruchów i pobudliwości mechanicznej i elektrycznej mięśni i nerwów są rzadkie. W tej rodzinie głównie dotknięci są mężczyźni, i to już w wieku dziecięcym. Prelegent zwraca uwagę, że rozpoznanie tego cierpienia, o ile się je zna, jest bardzo łatwe. Dwa razy spotykał obraz kliniczny, podobny do tej myastenji: 1) raz w otruciu barem, podczas wojny, gdy fałszowano białą mąkę ciężką solą siarczanu baru, 2) drugi raz w leczeniu tężca dużemi dawkami siarczanu magnezu i wywołaniu tą drogą zupełnej paraplegji z arefleksją i hypotonją bezbolesną, która przeszła w kilkanaście godzin.

Chorobę tę, naogół bardzo rzadką, spotyka się u nas o wiele częściej, niż gdziekolwiek w Europie. Z Japonji sygnalizują w ostatnich latach szereg takich chorych bez tła rodzinno-dziedzicznego. Adrenalina i pilokarpina przeważnie wpływają na hamowanie i występowanie napadów porażennych. Przedstawiali i opisywali u nas tego rodzaju wypadki: Goldflam, Higier, Orzechowski, Puławski i Suchanowicz.

4. Kol. S k ł o d o w s k i i S z n a j d e r m a n przedstawiają

„Dwa przypadki przewlekłego zapalenia opon niewiadomej etiologii, leczone odmaą“. (Streszczenie własne).

Przedstawione przypadki są przykładami obostrzeń zmian oponowych, w następstwie zastoju płynu w komorach, i popraw, po ustąpieniu zastoju. Niedrożność systemu komorowego, a następnie przywrócenie drożności zostało ściśle stwierdzone w obu przypadkach zapomocą encephalografji.

Przypadki te dotyczą chorych, przeniesionych do Kliniki Neurologicznej z oddziału D-ra Skłodowskiego dla kontynuowania leczenia. Pierwszy dotyczy chorego lat 43, dotychczas zupełnie zdrowego. Zachorował nagle, dnia 14 lutego 1930 r., po przespaniu nocy przy mocno napalonym piecu, obudził się nazajutrz półprzytomny, z silnemi bólami głowy, z wymiotami, miał mieć wysoką gorączkę oraz niepokój ruchowy. Badanie na oddziale, w 2 dni od początku choroby, wykazywało ciepłotę dochodzącą

do 39,8, zwolnienie tętna, senność, nieznaczne zamroczenie oraz silnie wyrażone objawy oponowe. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętny, pod bardzo wysokim ciśnieniem, meningokoków w preparacie, ani w posiewie, nie stwierdzono; badanie na prątki Kocha wypadło ujemnie. W płynie: same ciała wielojądrzaste. 20 lutego przepłukano choremu, na 3-cim pawilonie, kanał rdzeniowy 50 cm<sup>3</sup> płynu fizjologicznego, dnia 22 lutego powtórzono zabieg, poczem ciepłota nieco opadła, lecz na krótko; stan przedmiotowy pozostawał prawie bez zmiany. Wobec tego, dnia 26 lutego wprowadzono choremu drogą dolędźwiową surowicę meningokokową wieloważną. Ciepłota opadła, na kilka dni poprawił się również stan podmiotowy. Trwało to jednak bardzo krótko, poczem gorączka podniosła się znów do 39°, samopoczucie znacznie się pogorszyło, chory był zamroczony i w tym stanie został przeniesiony do Kliniki dla dalszego leczenia. Stan podmiotowy przedstawiał się następująco: chory był zamroczony, narzeka na bardzo silne bóle głowy, euforyczny, ciepłota 39°, bradykardja, słabo wyrażone objawy oponowe. Dno oka w normie. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętny. Ciśnienie 400 (siedząca pozycja), ciałek 1200 w 1 mm<sup>3</sup> (wielojądrzastych); białko 15-krotnie zwiększone: Nonne-Apelt (+ + + +); drogą dolędźwiową wpuszczono choremu 70 cm<sup>3</sup> powietrza, po uprzednim wypuszczeniu tej samej ilości płynu m-rdz. Ciśnienie, w miarę wypuszczania płynu, opadało. Zdjęcie rentgenologiczne wykazało jedynie wypełnienie powietrzem przestrzeni podpańczynówkowych oraz zbiorników, natomiast komory nie uwydatniły się. Jeszcze trzy dni po odmie trwał u chorego taki sam stan, jak poprzednio, dopiero od 4-go dnia datuje się polepszenie: zamroczenie ustąpiło, ciepłota opadła do 37°, bóle głowy ustąpiły, powtórne zdjęcie rentgenologiczne nie wykazywało już śladów powietrza w mózgu. Od tego czasu poprawa u chorego postępuje. 4 kwietnia odma podpotyliczna: płyn przejrzysty, w pierwszej porcji 60 ciałek w 1 mm<sup>3</sup> z dwukrotnie wzmożeniem białkiem i słabo dodatnim odczynem Nonne-Apelta. Wpuszczono 80 cm<sup>3</sup> powietrza, po uprzednim wypuszczeniu takiej samej ilości płynu; w ostatniej porcji płynu 28 ciałek w 1 mm<sup>3</sup>, dwukrotnie wzmożone białko i słabo dodatni Nonne-Apelt. Bóle głowy przez 2 dni po odmie duże. Zdjęcie poodmowe wykazało teraz wypełnienie komór, wcale nie rozszerzonych. Nakłucie lędźwiowe, wykonane w 5 dni potem, wykazało płyn zupełnie normalny. Chory został po kilku dniach wypisany zupełnie zdrow. Stan ten trwa do dnia dzisiejszego.

Jak wynika z powyższego, mieliśmy u naszego chorego do czynienia z ostrem zapaleniem opon mózgowych, niewiadomego pochodzenia. Zapalenie to przewlekło się, jak należy sądzić, z tego powodu, że w przebiegu doszło do zamknięcia przez zlepy ujść odpływowych z komór. W okresie ostatecznej poprawy, odma zastała te ujścia rozwarte. Stąd należy wnosić, że powodem przetrwania się stanu zapalnego był zastój płynu m-rdz. w komorach, a źródłem poprawy — przywrócenie możliwości odpływu. O tem możemy powiedzieć napewno. Czy spowodowane

to zostało przez wprowadzenie powietrza, tego nie jesteśmy w stanie udowodnić, jednak w klinice obserwowaliśmy już wielokrotnie tego rodzaju opóźnione poprawy, występujące dopiero w kilka dni po wprowadzeniu powietrza.

Przypadek drugi tyczy chłopca lat 17. Początek cierpienia datuje się od sierpnia 1929 roku. W tym czasie chory po raz pierwszy został umieszczony w szpitalu Dzieciątka Jezus, w oddziale D-ra Skłodowskiego, z powodu silnych bólów głowy i brzucha. Poprzednio miał być zupełnie zdrow. Badanie przedmiotowe przedstawiało się następująco: ciepłota  $38^{\circ}$ , tętno 64, zaznaczone objawy oponowe, bardzo osłabione odruchy ścięgn.-okostn., płyn m.-rdz. zawierał 30—40 ciałek w  $1\text{ mm}^3$  (wyłącznie limfocyty) białko 0,2 pro mille, Nonne-Apelt słabo dodatni. Po nakłuciu, stan chorego poprawił się. Powtórne nakłucie w 8 dni po pierwszym, dało płyn o bardzo wysokim ciśnieniu z 240 limfocytami; kilkakrotne badanie płynu na prątki Kocha dały wynik ujemny, jak również szczepienie płynu świnie morskiej; we krwi stale leukocytoza obojętnochłonna, wynosząca 17.000 ciałek. Po 6 tygodniowym pobycie chorego w oddziale D-ra Skłodowskiego, chory wypisał się z poprawą. Ponowne nakłucie, wykonane 3 dni przed wypisaniem się, dało 126 limfocytów w  $1\text{ mm}^3$ . Przez pół roku pobytu w domu chory czuł się zupełnie dobrze i chodził do szkoły. 1 marca 1930 roku chory był znów zmuszony zapisać się do szpitala z powodu silnych bólów głowy i wymiotów. Bóle te stawały się coraz gwałtowniejsze, wymioty uporczywsze, występowały przy najlżejszym nawet ruchu. Przedmiotowo: stan podgorączkowy, tętno 60, objawy oponowe wybitne, znaczna sinica rąk i nóg; płyn m.-rdz o wysokim ciśnieniu zawierał 50 limfocytów w  $1\text{ mm}^3$ , białka  $0,25\%$ . Posiew ujemny. Wassermann we krwi i w płynie ujemny. Leczenie aurosanem bez wpływu. Dnia 6 kwietnia został przeniesiony do kliniki. Chory uskarżał się w dalszym ciągu na stałe, silne bóle głowy, nasilające się napadowo do takiego natężenia, że stawały się niemożliwe do zniesienia (chory wtedy przeraźliwie krzyczał), występowały one bez powodu, lecz najczęściej przy lekkim, nawet ruchu głowy. Wymioty bezustannie. Głowa w przykurczu zgięta ku tyłowi. Pozatem, turgor twarzy, silne uwydatnienie naczyń na skroniach, zastoina na lewym oku, na prawem nieznaczne zatarcie granicy skroniowej tarczy (w odwrotnym obrazie), visus  $5/6$  obuocznie, silnie wyrażone objawy oponowe, oczopląs paretyczny przy spojrzeniu na boki, głównie na prawo, hypotonja kończyn.

Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie płynu 560 — 360 (pozycja leżąca), limfocytów 23 w  $1\text{ mm}^3$ , Nonne-Apelt (+ +), białko dwukrotnie wzmożone; w kamerce Alzheimera głównie limfocyty. Po nakłuciu stan bez zmiany, lecz z czasem zastoina na dnie oka większa, ostrość wzroku  $1/2$  obuocznie. Chory został poddany naświetlaniom splotów naczyniastych promieniami Rentgena. Nieznaczna ulga po naświetleniach trwała tylko kilka dni.

Dnia 6 maja wykonaliśmy u chorego odmě mózgową, chory otrzymał dołędźwiowo  $40\text{ cm}_3$ . Ciśnienie początkowe 460 (pozycja

leżąca). W miarę wypuszczania płynu, ciśnienie obniżało się i spadło pod koniec odmy do 80. Bóle głowy w czasie odmy nie spotęgowały się. Zdjęcie poodmowe reng. nie wykazało powietrza w mózgu. Czwartego dnia po odmie stan chorego uległ radykalnej zmianie: bóle głowy ustąpiły, również wymioty, chory odczuwał jedynie zawroty głowy, łaknienie lepsze. Poprawa stale postępowała. Dnia 22 maja powtórzono odnę, o którą zresztą sam się prosił. W pierwszej porcji płynu m.-rdz. 18 limfocytów. Już w czasie odmy chory począł narzekać na bóle w karku, później w czole, coraz silniejsze. Zdjęcie poodmowe wykazało wypełnione komory, znacznie powiększone. Następnego dnia, po odmie bóle głowy ustąpiły. Stan chorego poprawiał się w dalszym ciągu, co trwa do dnia dzisiejszego.

Jak wynika z powyższego, mamy tu do czynienia z przewlekłym zapaleniem opon z następującymi cechami: skłonność wybitna do remisji, neutrofilja stała we krwi, pleocytoza limfocytarna w płynie m.-rdz., tło niewątpliwie niegruźlicze.

Przez wykluczenie jesteśmy skłonni myśleć o tle wągrowatem tego niezwykłego zapalenia opon. I tutaj stwierdziliśmy zrazu zastój komorowy z trudnością odpływu płynu m.-rdz. z komór do przestrzeni podpajęczynówkowej. W okresie poprawy zastoju tego nie było na dowód, że zastój płynu był właśnie powodem pogarszania się stanu. Ustąpienie tego zastoju, oczywiście, nie może wpłynąć na stan chorobowy zasadniczy, jeśli chodzi o wągrowatość; ale w każdym jednak razie dało choremu znakomitą ulgę. W przypadku tym, poprawa po odmie nastąpiła dopiero po kilku dniach, z tego powodu nie możemy z całą stanowczością utrzymywać, że dzięki powietrzu nastąpiło wybicie otworu w zlepach, zamykających otwory komorowo-pajęczynówkowe. Jest jednak wielce prawdopodobnem, że powietrze, przemieszczając się ciągle, drenując przestrzeń podpajęczynówkową, jedne po drugich, przebija ostatecznie obszary podpajęczynówkowe, zatkałe plastyczną wypociną koło otworów Magendi i Luschki, i tak przedostaje się dopiero po kilku dniach do komór.

### Dyskusja.

Kol. Higier (streszczenie własne) omawiając epikryzę obu przypadków, zwraca uwagę na brak czynnika etiologicznego natury zapalnej. Mnożą się w ostatnich latach analogiczne przypadki, opisywane na półwyspie Skandynawskim i we Francji. Co do drugiego spostrzeżenia, to wobec nawrotowego przebiegu. H. nie wykluczyłby ostatecznie *meningitis cysticerrosa* lub sprawy nowotworowej. Odma czaszkowa, czyli wprowadzanie powietrza drogą wewnątrz leżdziową lub przez *cisterna cerebello-medullaria*, przeprowadzona u wspomnianych chorych, dała wyniki świetne, gdyż powietrze, pod dużym ciśnieniem przedostając się, rozrywa zrosty, wydymuchuje ropę z uchyłków ukrytych, kanalizuje drogi podoponowo-nadkorowe i przywróciło normalne krążenie płynu mózgowodzeniowego. Odnę, jako poważną metodę rozpoznawczą (Bingel,

Dandy), wykorzystują ostatnio też jako metodę leczniczą, u nas głównie klinika neurologiczna.

Kol. Filiński podaje opis 2 przypadków, obserwowanych przez siebie. W pierwszym — obraz nawrotnego zapalenia opon, z polyocytozą limfocytarną, zakończony podczas nawrotu śmiercią, w drugim — wśród klinicznego obrazu ostrego zapalenia opon, płyn mózgo-rdzeniowy bez zmian. W obu płyn m.-rdz. okazał się jałowy. Oprócz tego przytacza mówca przypadek z piśmiennictwa, w którym objawy oponowe stawiano w związek z jadem, wywołującym opryszczkę.

5. Kol. W. Orłowski wygłosił część II odczytu

„O patogenezie przewlekłej niewydolności układu krążenia ze szczególnem uwzględnieniem teorii obwodowo-mięśniowej Eppingera“ p. t. „Teoria Eppingera w świetle krytyki“ (streszczenie własne).

Dla uznania teorii Eppingera powinna ona, zdaniem prelegeta, zadośćuczynić następującym warunkom: a) opierać się na licznych materiałach, który musi być dobrze opracowany ze stanowiska klinicznego, b) zastosowane metody powinny być możliwie dokładne, a samo ich wykonanie ściśle, c) powinna być szeroko uwzględniona kontrola badaniem na ludziach zdrowych oraz osobach z sercem zdrowym, cierpiących na choroby innych narządów i układów, d) interpretacja wyników powinna być bardzo ostrożna, e) przesłanki dla teorii powinny być niewątpliwe. Wreszcie, należy udowodnić, że zaburzenia przemiany materji w odcinku mięśniowym są przyczyną, nie zaś następstwem niewydolności krążenia. Prelegent szczegółowo analizuje z tego stanowiska prace Eppingera i jego współpracowników. Na podstawie tej analizy, danych piśmienniczych, oraz badań, wykonanych w II klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego przez Apfelbauma, Cytronberga, Filińskiego, Fidlera, Goreckiego, Reicher, Sterlinga-Okuniewskiego, Szczepańskiego i Węgierkę, prelegent dochodzi do wniosku, że prace Eppingera i jego współpracowników upoważniają narazie tylko do wniosków następujących: 1) zużycie tlenu u chorych sercowych w okresie niewyrównania jest b. często zwiększone już w spoczynku; to wzmożenie wzrasta jeszcze bardziej podczas pracy i pozostaje na wyższym poziomie przez czas dłuższy, niż u osób zdrowych, 2) poziom kwasu mlecznego we krwi tych chorych po pracy jest wyższy przez dłuższy okres czasu, niż u osób zdrowych, 3) nasycenie ich krwi tętniczej tlenem jest prawidłowe, o ile niema większych powikłań ze strony płuc, natomiast 4) wykorzystanie tlenu w mięśniach jest przeważnie gorzej, niż u osób ze zdrowym układem krążenia.

Ostateczne wnioski prelegenta głoszą:

1) Prawidłowy stan krążenia warunkuje harmonijna współpraca serca i szeroko pojętego obwodu krążeniowego.

2) Równowaga krążeniowa utrzymuje się przedewszystkiem dzięki przystosowaniu się serca.

3) Wyłączna lub chociażby przodująca rola układu mięśni-

wego w powstawaniu przewlekłego niewyrównania krążenia u chorych sercowych nie jest udowodniona.

4) W przewlekłych zaburzeniach wyrównania krążenia główną rolę patogenetyczną odgrywa serce; zmiany na obwodzie krążeniowym i w narządach są następownymi i mogą przyczyniać się do podtrzymania niewyrównania. W tym więc okresie przewlekłe niewyrównanie krążenia nie jest samą tylko *myopathia cordis*, ani *myopathia vascularis*, ani *myopathia cardiovascularis*, lecz *organopathia universalis* z punktem wyjścia w sercu.

5) W leczeniu przewlekłych zaburzeń wyrównania należy przede wszystkim skierować uwagę na stan serca. Głównym zadaniem leczniczym powinno być podniesienie jego sprawności zarówno zabiegami, które działają na serce bezpośrednio, jak i przez zmniejszenie przeszkody dla jego pracy (usunięcie obrzęków, prześieków surowiczych i t. d.); w tych warunkach pewną rolę mogą odegrać i zabiegi o działaniu naczyniowym, które same przez się są tu bezskuteczne.

6) W ostrych zapściach główną rolę odgrywa obwód naczyniowy; tu więc jest właściwa domena leków naczyniowych, które powodują skurcz drobnych naczyń, zwłaszcza włosowatych, i sprzyjają przez to przyływowi krwi do serca, mózgu i danych narządów.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10-tej.

Prezes: *Witold Orłowski*.

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski*.

---

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dn. 11 listopada 1930 roku.**

Obecnych członków Towarzystwa 46, wprowadzonych gości 64.

Początek o godz. 8-mej wiecz punktualnie.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 28. X. 1930 r. przyjęto.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pamiątne o ś. p. D-rze Czesławie Otto (streszczenie własne).

Ś. p. Dr Czesław Otto urodził w r. 1872 we wsi Gołonce b. guberni kaliskiej. Gimnazjum ukończył w Kaliszu w r. 1891, Wydział Lekarski w Uniwersytecie Warszawskim w r. 1897. Następnie ś. p. Czesław Otto wstąpił do kliniki terapeutycznej, praktykując latem w Busku, pozatem w tymże czasie pracował w Instytucie Anatomo patologicznym pod kierunkiem prof. Przewońskiego. W r. 1913 otrzymał stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego

w szpitalu św. Ducha. Od r. 1903 był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i brał w jego pracach czynny udział. Tu ogłaszał wyniki swych badań nad działaniem alkoholu i tytoniu, nad arteriosklerozą, nad zmianami w blaszkach i gruczołach krezkowych w przebiegu duru brzuszego i inne. W pracach swych zarówno laboratoryjnych, jak i klinicznych odznaczał się wielką sumiennością i dokładnością. Poza tem zarówno przez młodych swych pomocników, jakoteż przez starszych kolegów był wielce szanowany i lubiany za swą prawość, uczynność i koleżeństwo. Część Jego pamięci.

Prace ś. p. D-ra Cz. Otto:

1. Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek Kron. Lek. 1902.
2. O sanatogenie. Kron. Lek. 1904.
3. O komórkach plazmatycznych. Przegl. Chor. Skór. Wener. r. 1907.
4. Gruźlica włóknista płuc, powikłana wylewem do mózgu u 13 letniej dziewczynki. Gaz. Lek. 1907.
5. Syfilityczne zapalenie naczyń z następną gangreną. Przegl. Chor. Skór. i Wener. 1907.
6. Pierwsze objawy porażenia układu nerwowego przez syfilis. Przegl. Chor. Skór. i Wener. 1908.
7. Zmiany anatomo-patologiczne w blaszkach i gruczołach krezkowych po tyfusie. Pam. T. L. W. r. 1907, str. 76.
- Tamże r. 1908, str. 163, 164, 532,
8. Przypadek gangreny kończyny górnej wskutek endoarteriitis obliterans luetica. Pam. T. L. W. 1907, str. 162.
9. Odruch świetlny źrenic przy syfilisie. Pam. T. L. W. 1907 str. 448.
10. Arterioskleroza u zwierząt i jej stosunek do arteriosklerozy u ludzi. Pam. T. L. W. 1908, str. 609. Tamże r. 1909.
11. Zmiany anatomiczne w sercu w ostrem i przewlekłym zatruciu alkoholem. Medyc. i Kron. Lek. 1913. Także Pam. T. L. W. 1912, str. 75.
12. O zabójczym działaniu alkoholu na narządy wewnętrzne. Pam. T. L. W. 1912, str. 232.
13. Wpływ alkoholu na rozwój miażdżycy naczyń. Pam. T. L. W. 1922, str. 50.
14. Zmiany anatomiczne w sercu pod wpływem nikotyny Med. i Kron. Lek. 1910.
15. Wpływ nikotyny na alkaliczność krwi. Med. i Kron. Lek. 1910. Też Pam. T. L. W. 1909 str. 386.
16. O ujemnym wpływie palenia tytoniu. Zdrowie 1916.
17. (Z K a r w a c k i m). O obecności ciał wiążących komplement w płwocinie gruźliczej. Gaz. Lek. 1911.

18. O aglutynacji ogniskowej w gruźlicy płuc. Pam. T. L. W. 1911, str. 350.

19. Pokaz preparatu aorty wstępującej. Pam. T. L. W. 1912 str. 344.

20. Pokazy chorych i preparatów. Pam. Klin. szpitala Dziec. Jezus, Przemienienia Pańskiego i św. Ducha. 1926,

3. Kol. Prezes odczytał tytuły prac, nadesłanych do Towarzystwa oraz oznajmił o mającym się odbyć nabożeństwie za duszę ś. p. D-ra Jana Bąckiewicza.

Alkiewicz. Nowoczesne metody stosowania radu. Nowiny Lek. 1926.

Bainbridge. Uterine carcinoma; the problem of treatment. 1929.

Bainbridge. Normalignat breast conditions, diagnosis and treatment. 1930.

Bal. Wpływ poskórnoego stosowania peptonu i surowicy na przebieg duru brzusznoego. Pol. Gaz. Lek.

Bau-Prusakowa i L. Prusak. O napadach padaczkowych w stwardnieniu rozsianem. Lek. Wojsk. 1929.

Beck. Stanowisko położnika i ginekologa wobec obowiązujących ustaw. Now. Lek. 1928.

Bętkowski. Wskazania i technika leczenia chirurgicznego wrzodu żołądka i dwunastnicy. Now. Lek. 1928.

Bokser, Lacher i Stückgold. O niemiarkowości ciągłej serca. Medycyna, 1928.

Browicz. W sprawie pojęcia nazwy „sepsis“. Now. Lekarskie. 1926.

Browicz. O powstaniu mięśniaków macicy. Nowiny Lekarskie. 1925.

Browicz. O sercu. Nowiny Lekarskie.

Burawski i Wileńczyk. Streptothrix u człowieka. Now. Lek. 1927.

Clark. A plea for more attention to the nutrition of the school child. 1924.

Clark. Some child hygiene activitates of the united states public health service 1922.

Clark. Children's teeth, a community responsibility. 1923.

Collins. Strabismus and defective color sense among school children 1925.

Collins. Past inoindence of certain cummunicable diseases common amog children. 1924.

Collins and Britten. Variation in eyesight at different ages, as determined by the snellen test. 1925.

Dębski. Dane statystyczne o chorych na porażenie postępujące, leczonych w Kobierzynie. Now. Lek. 1927.

Dolatkowski. Spostrzeżenia kliniczne w przypadku miażdżycy sercowo naczyniowej. Lek. Wojsk. 1930.

Galewski. Kilka uwag w sprawie Langbeinitowych soli potasowych stosowanych w lecznictwie.

Grobleski. O uszkodzeniu łąkotek. Pol. Przegl. Chir. r. 1925.

Gromadzki. O leczeniu operacyjnem niepłodności kobiecej. Medycyna. 1928.

Gromadzki. Z kazuityki złośliwych nabłoniaków kosmówkowych. Gin. Pol. 1927.

Grzywo - Dąbrowski. Alkoholizm a samobójstwo. Warsz. Czas. Lek. 1930.

Higier. Przełom w psychoanalizie. Warsz. Czas. Lek. 1929.

Higier. Czy istotnie „Przełom w psychoanalizie”. (Odpowiedź).

Karwacki i Bogacka - Gutentag. Acidorésistance des bacilles typhiques. 1926.

Karwacki i Bogacka Gutentag. Bactéries anti-formino-résistantes dans la nature. 1926.

Karwacki i Bogacka - Gutentag. Perte de la faculté acido-résistance. 1926.

Kaulbersz - Marynowska. Przypadek meningokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych o nietypowym przebiegu. 1928.

Kaulbersz - Marynowska. Ropne, jałowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Kerr. The legal authority and limitatins governing federal public health activities. 1925.

Kiakszto. Uchylek Meckela, jako przyczyna niedrożności jelit. Lek. wojsk. 1930.

Koelichen. O organicznych cierpieniach układu nerwowego na tle tryprowem.

Kramsztyk. Wpływ witamin na retencję wapnia. Warsz. Czas. Lek. 1930.

Krasuski. Jan Johnston. Pol. Gaz. Lek. 1930.

Korczyński. Spostrzeżenia o Cibalginie „Ciba”. P. Gaz. Lek. 1926.

Koskowski. Destylacja olejków lotnych z roślin krajowych. 1928.

Łazarski. O promieniotwórczości naszych źródeł. Lwów r. 1911.

Mazanek. Skostnienie śródmięśniowe. Lek. Wojsk. 1930.

Marczewski. Przyczynek do kazuistyki, tak zwanej agranulocytozy. Lek. Wojsk. 1930.

Maurer. Przypadek dny leczonej Atochinolem „Ciba”. Now. Lek. 1929

Maxcy. Clinical obserwatons on endemic typhus (Brill's disease) in southern United States. 1926.

Maxcy. An epidemiological study of endemic typhus (Brill's disease) in the southeastern United States. 1926.

Michałowicz. Dalsze rozwinięcie schematu „Dick-Brokmann” w zastosowaniu do choroby płoniczej. Pediatr. Pol. 1928.

Mikułowski. Un cas de maladie de Gree dite maladie coeliaque. 1930.

Mikułowski. Über encephalitische Erkrankungen bei Keuchhusten. 1930.

Mikułowski. Infantilismus renalis. 1930.

Mikułowski. „Closed” tuberculosis in children. 1930.

Mikułowski. Über Keuchhustenpleuritis. 1930.

Mikułowski. L'infantilisme rénal. 1930.

Mikułowski. Zastosowanie przyżyciowego barwienia płynu mózgowo-rdzeniowego w klinice kiły dziecięcej. Pol. Gaz. Lek. 1930.

Mikułowski. Sul affinità clinica, epidemiologica e profilattica fra il morbilo e la pertosse. 1930.

Melanowski. Układ wegetatywny a choroby oozu. Med. Warsz. 1930.

Melanowski. Sui flemmoni orbitali scarlattinosi. 1930.

Melanowski. Przyczynek do nauki o szczelinowatej żrenicy. Now. Lek. 1930.

Melanowski. Le pont conjonctival dans la sclérectomie de Lagrange.

Melanowski. Zarys badania narządu wzroku w kile wrodzonej.

Melanowski. Schorzenia narządu wzroku w kile wrodzonej.

Melanowski. Żółtawe schorzenia narządu wzroku i ich leczenie. 1929.

Mitkus. Próby leczenia alkoholizmu autohemoterapią. Pol. Gaz. Lek.

Moczarski. O wpływie naświetlań lampą kwarcową na zachowanie się antytypsyny we krwi. Pol. Gaz. Lek. 1923.

Nelken. Niepamięć wzroczna po postrzale głowy. Zabójstwo i samobójstwo. 1928.

Puławski. Kilka słów o t. zw. gorączce wołyńskiej z powodu własnego przypadku. Now. Lek. 1922.

Reis und Krzyształowicz. Zur therapeutischen Bedeutung des Arsenobenzols (606). 1911.

Rosnowski. Stan serca w żółtaczce. Pol. Arch. Med. Wewn. 1926.

4. Kol. Wiceprezes podał wynik konkursu firmy „Motor”. Na wniosek Komitetu Konkursowego, nagrodę w sumie zł. 3.000 przyznał Zarząd D-rowsi Zdzisławowi Goreckiemu za pracę p. t.:

„Badania nad działaniem kofeiny, strychniny, kamfory, kardiazolu i koraminy na układ krążenia i oddychania u chorych w okresie niewydolności krążenia pochodzenia sercowego”.

Kol. Prezes składa Komitetowi Konkursowemu, na ręce przewodniczącego Komitetu kol. Paszkiewicza, serdeczne podziękowanie za pracę.

5. Koledzy Zdzisław Michalski i M. Piasecki wygłosili odczyt p. t.

„W sprawie patogenezy gruźlicy płucnej: propozycje nowych zabiegów operacyjnych w ciężkich postaciach suchot płucnych”. (Streszczenie własne).

Z. Michalski. W odczycie niniejszym pragnę poruszyć dwa fragmenty z rozwoju gruźlicy płucnej. Jeden — to rola dróg chłonnych, drugi — to już poruszana przeze mnie przed 3-ma laty\*) — sprawa wpływu koncentracji kwasu węglowego w powietrzu pęcherzykowem płuc na rozwój gruźlicy.

Do poruszenia tych obu spraw skłaniają mnie przedewszystkiem rozmyślenia nad działaniem leczniczem sztucznej odmy opłucnowej.

Streszczając rzecz krótko:

Dodatknie działanie odmy, wyrażające się w najpomysłniejszych przypadkach całkowitem ustąpieniem objawów toksycznych (gorączki, częstoskurczu serca, potów nocnych i t. d.), wypływa:

1) po pierwsze: z uciśnięcia naczyń chłonnych, odprowadzających z płuc toksyny gruźlicze (tuberkulinę) względnie i odpływ prątków gruźliczych przez drogi chłonne do krwiobiegu (Hueb-schmann).

2) po drugie: przez względne uciśnięcie naczyń żylnych, bez uciśnięcia naczyń tętniczych o bardziej opornych ściankach (przy uciśnieniu wewnątrzopłucnowem = 0), wytwarza się pewne przekrwienie w płucach wraz z nieznacznym wzmożeniem stężenia CO<sub>2</sub> pęcherzykowego; wpływa to gojąco na sprawę gruźliczą i wzmacnia miejscowe procesy bakterjohamujące w tkankach płucnych w stosunku do prątka gruźliczego.

Takie są moje zapatrywania na działanie lecznicze odmy sztucznej i te podstawowe dane są punktem wyjścia dla niniejszego odczytu.

W przytoczonym wyżej odczycie, stosunek zakażenia gruźliczego do zakażonego ludzkiego ustroju porównywałem do pokojowej symbiozy, wyrażającej się obrazowo zwykłą wagą dwuramienną.

W życiu chorego gruźliczego każde ziarno piasku, rzucone

\*) Rozbiór krytyczny metod leczniczych w gruźlicy płuc. Pamiętnik T. L. W. r. 1927

na jedną z szal wagowych, może tę równowagę pomiędzy ustrojem i zakażeniem gruźliczem zakłócić. Temi ziarnkami piasku są zwykle, codzienne, życiowe zaburzenia, czy to błahe zaziębienia, czy trochę braków materialnych, brak snu, wstrząsy nerwowe itd.

Odwrotnie, nasz arsenał leczniczy, poza odmą, w szczęśliwych warunkach, też podobnymi tylko ziarnkami piasku rozporządza, niekiedy jednak dostatecznymi, aby choremu ustrojowi przywrócić zakłóconą równowagę.

Lekarza, dostatecznie obznajmionego z gruźlicą doświadczałą u zwierząt laboratoryjnych, nie może nie uderzyć wyjątkowo łagodny odczyn ustroju człowieka zakażonego na tak wielkie ogniska martwicowe w płucach, jakie stwierdzamy w przypadkach średnio ciężkiej gruźlicy płuc.

Niczem przecież innem nie są ogniska gruźlicze, jak tylko martwica, prawda, martwicą swego rodzaju, i dziwić się należy, jak wyjątkowo słabym jest odczyn ustroju, zarówno miejscowy, jak i ogólny, na te martwiaki w przypadkach przeciętnych.

Ogniska gruźlicze, jak zresztą i wszystkie ogniska martwicowe, pozbawione są naczyń krwionośnych. Tymczasem w typowych przypadkach ciężkiej gruźlicy płuc postępującej, widoczny jest stały kontakt ognisk gruźliczych z krwiobiegiem chorego, wyrażający się zwykłym zespołem objawów toksycznych (hektyczna, dzienna krzywa gorączkowa, takiż typ tętna i na zakończenie dnia walki — poty).

Otóż nie ulega dla mnie najmniejszej wątpliwości, że komunikacja martwiaków gruźliczych z krążeniem ma miejsce poprzez szczeliny i naczynia chłonne.

(Prelegent przedstawia schemat przebiegu naczyń chłonnych płuc w/g Rouvier'a oraz według Josifowa ujścia tych naczyń do żył).

Aby odpowiedzieć na drodze chirurgicznej wymaganiom, postawionym przeze mnie w punkcie I-szym cech leczniczych odmy, należałoby w celu przecięcia dopływu jadów gruźliczych z płuc do krwiobiegu podwiązać naczynia chłonne:

- 1) przy zajęciu lewego i górnego płata płuca: *ductus thoracicus*;
- 2) przy zajęciu płuca prawego i dolnego płata płuca lewego, *ductus lymphaticus dexter*.

Takby się teoretycznie przedstawiała sprawa. Pozostają następujące zagadnienia:

A) Technika zabiegów, którą przedstawi kol. Marjan Piasecki.

B) Czy zabiegi takie nie byłyby groźne dla życia chorego.

C) Czy mogą osiągnąć pożądany skutek, t. j. przez odcięcie dopływu jadów gruźliczych do ustroju, czy mogą one usunąć ciężkie objawy toksyczne u suchotnika.

Co do punktu B, zabieg podwiązki przewodu chłonnego wspólnego (*ductus thoracicus*) był już przez chirurgów dokonywany w innych celach (dla leczenia puchliny brzusznej). Mój par-

tner, kol. M. Piasecki, ma również trzy spostrzeżenia podwiązania tego przewodu w przypadkach gruźlicy płuc.

Podwiązanie prawego przewodu chłonnego (*ductus lymphaticus dexter*) miało niewątpliwie miejsce w przypadkach zabiegów, dotyczących gruczołów chłonnych po prawej stronie szyi.

I ten więc zabieg nie przedstawiałby niebezpieczeństwa.

Niestety jednak z tychże względów odpowiedź na punkt C, co do skuteczności zabiegu, pozostać musi pod wielkim znakiem zapytania.

Jeśli bowiem nie występują wyraźniejsze zaburzenia w krążeniu chłonki, nawet po przecięciu i dwustronnem podwiązaniu *ductus thoracicus*—należy przypuszczać, że bardzo szybko powstaje krążenie uboczne z lewa na prawo, a więc prawdopodobnie i odwrotnie. Stąd więc, ani podwiązanie *ductus lymphaticus dexter*, co w większości przypadków znalazłoby wskazanie, ani podwiązanie *ductus thoracicus*, nie zapewni prawdopodobnie odcięcia całkowitego dopływu jadów gruźliczych do krwiobiegu.

Te zastrzeżenia teoretyczne nie powinny nas powstrzymać od wykonania proponowanego zabiegu, przynajmniej w kilku przypadkach. Być może, większa liczba barjer, jaką w ten sposób wytworzymy dla biegu chłonki do naczyń krwionośnych, zdoła okazać pewien wpływ zbawienny.

Toż wielokrotnie odmy niezupełne osiągają wcale niezłe skutki. Być może więc, że zabieg ten odegra w niektórych przypadkach również rolę tego ziarenka piasku, przechylającą szalę wag chorego na gruźlicę w dobrą stronę, zwłaszcza, że zabieg ten mógłby i znalazłby wskazania właśnie w przypadkach najcięższych.

II. Wytworzenie na drodze operacyjnej sztucznego zastojów krwi w płucach, a wraz z tem wzmożenie stężenia CO<sub>2</sub> pęcherzykowego, byłoby do osiągnięcia teoretycznie przez podwiązanie ujścia żył oskrzelowych (odpowiedników *a. bronchiales*), a więc przez podwiązanie v.v. *azygos* i *hemiazygos*.

Niestety, proponowanemu zabiegowi kol. Piasecki, poza trudnościami technicznymi, zarzuca przypuszczalną bezskuteczność, a to wskutek prawdopodobnego wytworzenia się krążenia ubocznego poprzez żyły łędźwiowe wstępujące i żyłę próżną dolną.

Mimo to, podaję ten projekt, chcąc wskazać swe odmienne od dotychczasowych drogi oparcia w swych poszukiwaniach nad operacyjnem leczeniem suchot płucnych. Może spostrzeżenia przypadkowe nad podwiązaniem naczyń, lub też dyskusja, wyjaśnią nam co więcej.

Wbrew słusznym zwyczajom, odczyt niniejszy nie mówi o tem, co zrobione, lecz co zamierzone, Skłania mnie ku temu całkowita dziewiczość zagadnienia. Pragnę, aby dyskusja i krytyka innych rzuciła mi pewne światło na takie ujęcie rzeczy. Być może przytem, że postępy chirurgji płucnej pozwolą w przyszłości na bardziej skuteczne teoretycznie, niższe podwiązanie dróg chłon-

nych płucnych, w miejscach, któreby więcej utrudniały odpływ zatrutej chłonki z płuc gruczliczych.

Może wreszcie rentgenoterapia gruczlicy płuc, której znaczenie obecnie jest znikome, pójdzie w kierunku odmiennym — naświetlania wnęk płucnych w celach zbliźnowacenia wnękowych gruczołów chłonnych i prób przerywania krążenia chłonki w ten sposób.

M. P i a s e c k i. Technicznie, dotarcie do przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*) nie przedstawia większych trudności. Dostęp uzyskujemy tą samą drogą, jak przy operacji wyrwania n. przeponowego. (Rocznik IV, nr. 5 „Gruźlica“). Cięcie skórne w dole nadobojczykowym, nazewnątrż od obojczykowej części mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego, około 3 cni. długości w zupełności wystarcza. Po przecięciu mięśnia szerokiego szyji i blaszki powierzchownej powięzi szyji, dochodzimy do trójkąta dolnego okolicy nadobojczykowej. Obecnie w blaszce głębszej powięzi szyji, wykonując niewielkie nacięcie, dostajemy się do zagłębienia, zawierającego zawsze pewną ilość tkanki tłuszczowej i pakiety gruczołów (*loge susclaviculaire*), od strony przyśrodkowej widzimy żyłę szyjną wewnętrzną, a w dole żyłę podobojczykową. Delikatnie manipulując na tępo, łatwo można wypreparować w kącie żylnym przewód piersiowy.

W zupełnie identyczny sposób jest możliwe dotarcie do przewodu limfatycznego prawej strony. Przy tem dotarciu, udaje mi się wykonać zabieg bez podwiązywania naczyń, a to daje przejrzystość stosunków anatomicznych, naodwrot nasiąknięta krwią tkanka łączna poprostu uniemożliwia dostrzeżenie przewodu limfatycznego.

Pewne trudności nastręczyć może nietypowość przebiegu dróg chłonnych, których rozmaitość jest może jeszcze większa, niż naczyń żylnych. Znane i opisane są przypadki, że przewód piersiowy przechodzi na stronę prawą, znane są podwójne przewody: prawy i lewy, powstające zaraz powyżej cisterna chyli. Niemniej różnorodny jest typ połączeń naczyń chłonnych z żyłnemi. Spostrzegane są połączenia naczyń chłonnych z żyłnemi. Spostrzegane są połączenia przewodu piersiowego z żyłą nieparzystą (v. azygos, Wuzer), żyłą bezimienną, żyłą próżną górną (Haller), a nawet z żyłami międzyżebrowemi (Wendel).

Verneuil podaje nawet przypadek, gdzie przewód piersiowy miał aż 6 połączeń: 2 do żyły podobojczykowej, 2 do żyły szyjnej wewn., 1 do żyły szyjnej zewn. i do żyły kręgosłowej.

Różnorodność w przebiegu może nastręczać trudności, a nawet uniemożliwić odnalezienie przewodu; różnorodność połączeń z układem żylnym utrudnia obliczenia celowości i skuteczności podwiązania przewodu piersiowego. Tem też może tłumaczyć się spostrzegane przez wielu autorów, a w 3-ch przypadkach i przeziemnie obserwowane fakty, że po przecięciu i podwiązaniu przewodu piersiowego nie występuje wyniszczenie. W jednym przypadku tylko przez dobę utrzymywał się nieznaczny obrzęk lewej połowy twarzy. Cały szereg autorów przestrzega tylko przed nie-

bezpieczeństwem pozostawienia przetoki, przez którą potrafi wylać się do 17-u litrów mleczu (*chylus, vasa lactea*) — Dobbertin, Most, Righetti, Wendel. Zamknięcie tych przetok nastęrcza według tych autorów duże trudności, a w razie niepowodzenia prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Poza przypadkowemi, urazowemi i operacyjnemi uszkodzeniami, które najczęściej zdarzały się przy stosowanej dawniej na wielką skalę operacji wyłuszczenia gruczołów limfatycznych, gruczołczo zmienionych, albo przy zabieraniu gruczołów z dołu nadobojczykowego w nowotworach złośliwych, stosowali rozmyślnie zabiegi operacyjne na przewodzie piersiowym: Costain i Cooke przy rozlanych zapaleniach otrzewnej.

Co się tyczy dotarcia do żyły nieparzystej, jest one opracowane i dokładnie podane przez Enderlena, jako droga pozaopłucnego dotarcia do przełyku z tą różnicą, że zabieg sam będzie o wiele łatwiejszy i mniejszy. Wystarczy uzyskanie płata na przestrzeni 4-ch żeber: 3, 4, 5 i 6 po stronie prawej, uszypułowanego przy kątach żebrowych. Ostrożnie oddzielając opłucną ścienną, dostajemy się do śródpiersia tylnego, gdzie dostęp do żyły nieparzystej nie nastęrcza większych trudności.

Inna rzecz, to zagadnienie skuteczności podwiązania żyły nieparzystej, żyła ta przy operacjach na przełyku bywa bez żadnych złych następstw podwiązywana.

Przez żyły lędźwiowe wstępujące, mają żyły nieparzysta i parzysta krótkie połączenie z żyłą prózną dolną i potrafią, być może, wyrównać krążenie, o ile zastawki nie będą temu przeciwdziałały tak, jak to robią w kierunku odwrotnym przy marskości wątroby.

## 6. Dyskusja.

Kol. Kryński poddaje w wątpliwość, z punktu widzenia patogenetycznego, skuteczność zabiegów, proponowanych przez prelegentów.

Kol. Szczepański uważa, iż po podwiązaniu przewodu chłonnego, chłonka w dalszym ciągu będzie się przedostawała z miejsc, zajętych sprawą chorobową, do krwiobiegu.

W sprawie biernego zastoju w płucach w przebiegu gruźlicy płuc, kol. Szczepański mniema, iż przeważnie sprawą pierwotną jest rozwój tkanki łącznej w płucach. W tym okresie cierpienia, gruźlica płuc zaczyna się poprawiać przy coraz słabnącej sile serca.

Mówca wreszcie proponuje, zamiast torakoplastyki i metod proponowanych przez prelegentów, przecinanie wszystkich nerwów międzyżebrowych.

Kol. Gorecki. (streszczenie własne).

Co się tyczy odpływu chłonki z płuca, podkreślić należy, że oprócz odpływu drogami chłonnymi ku przewodowi piersiowemu, względnie ku przewodowi chłonnemu prawemu (o czym

prelegent mówił) — istnieje też odpływ chłonki ku jamom opłucnym. W sztucznej odmie opłucnej, w przebiegu gruźlicy płuc, spotykamy bardzo często płyn w jamie opłucnej, gdyż wówczas chłonka z płuc uchodzi do jamy opłucnej, którą zakaża. Częstość występowania płynu opłucnego w odmie sztucznej, różni autorowie podają w odsetkach różnych, lecz bodaj nie mniejszych, jak 50%; niektórzy sądzą, że rentgenologicznie wykazać można niewielką ilość płynu prawie w 100% (Deist). Sprawy odpływu chłonki, kol. G., omawia szeroko w swej monografii p. t.: „Schorzenia opłucnej” (1926). Jest zatem rzeczą wątpliwą, czy podwiązanie wielkich przewodów chłonnych, jak to prelegent proponuje, uchroni ustrój przed chłonką jadowitą, płynącą z płuc.

Propozycje prelegentów, dotyczące podwiązania żyły nieparzystej mogą wywołać zastój tylko w żyłach oskrzelowych, odpowiadającym tętnicom oskrzelowym, natomiast nie dotknie to zupełnie krążenia małego. Porównanie zatem proponowanego zabiegu z zastojem w krążeniu małym, które spotykamy np. w zmianach w ujściu przedsionkowo-komorowem serca lewego (który to zastój wpływa korzystnie na proces gruźliczy w płucach) — nie odpowiada istocie rzeczy.

W sprawie powoływania się prelegenta na badania własne nad stężeniem  $\text{CO}_2$  w powietrzu pęcherzykowem, kol. G. podkreśla, że obecne metody oznaczania  $\text{CO}_2$  pęcherzykowego nie odpowiadają prawdziwym stosunkom u chorych ze znacznymi naciekami w płucach, z uciskiem płuca (np. odma sztuczna) oraz w cięższych sprawach sercowych, wywołujących zmiany daleko idącego zastoj w płucach. W tych bowiem przypadkach istotne stężenie  $\text{CO}_2$  pęcherzykowego jest różne w różnych odcinkach płuc, zależnie od przewietrzania danego odcinka płucnego oraz szybkości przepływu krwi w tym odcinku. Zresztą, jakiegokolwiek większe zmiany w stężeniu  $\text{CO}_2$  pęcherzykowego na dłuższy czas (1—2 minut) są niemożliwe, gdyż  $\text{CO}_2$  pęcherzykowe stoi w równowadze z jego ciśnieniem częściowem we krwi tętniczej, zależnie od wielkości zasobu zasad krwi i stoi w stosunku z aktualnym odczynem krwi. A wiemy, że nawet nieznaczące przesunięcia pH krwi są przyczyną zaburzeń poważnych całego ustroju.

Nie wiemy, w jaki sposób zastój krwi w płucach wpływa korzystnie na płucny proces gruźliczy; przedwczesnem jest w każdym razie przypisywanie tej zbawczej roli stężeniu  $\text{CO}_2$  we krwi żyłnej.

Kol. Sawicki wypowiada się przeciw proponowanej przez prelegentów metodzie. Po zranieniu przewodów chłonnych i podwiązaniu ich, szybko następuje wyrównanie w krążeniu chłonki. Podwiązanie żyły nieparzystej krótkiej, uważa mówca za niemożliwe do wykonania bez uszkodzenia opłucnej, co nie jest obojętne dla stanu chorego podczas ciężkiej operacji; wynik zaś leczniczy tego zabiegu będzie nieznacznym.

Kol. Butkiewicz poddaje szczegółowej analizie warunki anatomiczne proponowanego zabiegu. Wobec wielkiej niestałości przebiegu naczyń chłonnych, zabieg, pozornie prosty, może się

skomplikować i kosztem dużego wysiłku operacyjnego otrzymamy wynik leczniczy nieznaczny i krótkotrwały, wobec licznych połączeń między drogami chłonnymi.

Kol. Sawicki w sprawie zabiegu, proponowanego przez kol. Szczepańskiego stwierdza, iż zabieg ten da tylko upośledzenie ruchów danej połowy klatki piersiowej, nie spowodzi natomiast zmniejszenia jej pojemności.

Kol. Szczepański podkreśla, że zarówno w zabiegu przez niego proponowanym, jak też wielu innych, chodzi nie o zmniejszenie objętości klatki piersiowej, ale o unieruchomienie i rozprężenie tkanki płucnej.

Kol. W. Orłowski. Kol. Michalski wychodzi z założenia, że gruźlica prosówkowa powstaje na tle rozsiania się przez drogi chłonne. Jest to jedna z teoryj, którą trzeba uzasadnić; raczej musimy przyjąć, że rozsianie się gruźlicy prosówkowej idzie za pośrednictwem dróg krwionośnych. Zabiegi, proponowane przez kol. Michalskiego, są przeznaczone jednak nie dla gruźlicy prosówkowej, ale dla przewlekłej, a tu raczej nie drogi chłonne odgrywają rolę.

Drugi zabieg (podwiązanie żył) ma zwiększać przekrwienie płuc i ma służyć dla leczenia ciężkich przypadków. W tych przypadkach jednak przekrwienie płuc już istnieje. Przez zabieg zaś nie osiągniemy celu, bo istnieją liczne drogi uboczne.

Pozatem nie można się pogodzić z następującymi wyrażeniami kol. Michalskiego: „gruźlica, a są to ogniska martwicze“, „w gruźlicy byle co pomaga“. Wreszcie mówca podkreśla, iż gorączka hektyczna jest objawem zakażenia mieszanego.

Kol. Michalski (streszczenie własne), uważa rozprzestrzenianie się gruźlicy drogą naczyń chłonnych za pewnik. Przekrwieniu płuc towarzyszy stan bezgorączkowy, co się tyczy końcowych okresów gruźlicy. Prelegent ponownie utrzymuje, że w gruźlicy byle co pomaga i wiąże fakt ten ze zdolnością sugerowania przez lekarza. Prelegent mniema, iż gorączkę hektyczną powoduje tuberkulina, nie zaś zakażenie mieszane. Orientuje się, że płucy tymi zabiegami korzyści nie przyniesie, ale chce pozbyć ustrój objawów toksemicznych. Mniema, iż najpierw występuje niedomoga serca a później dopiero bujanie tkanki łącznej. Sprawa przedostawania się jądów do opłucnej nie jest groźna; opłucna bowiem w tych ciężkich przypadkach jest zarośnięta.

Kol. Piascki stwierdza, iż ocena celowości zabiegu będzie możliwa dopiero po wykonaniu prób. W odpowiedzi kol. Sawickiemu utrzymuje, iż dostęp do żyły nieparzystej jest łatwiejszy, niż do przełyku.

7. Kol. J. W. Grott z „Badań nad rozpoznawaniem cukrzycy“ wygłosił doniesienie III p. t.

„O wczesnem rozpoznawaniu cukrzycy“ (Streszczenie własne).

Ukilkudziesięciu chorych z podejrzanym cukromoczem prelegent badał przeszło 110 krzywych cukru we krwi, po obciążeniu ustroju

50 gr. glukozy. Badania były wykonywane u każdego chorego okresowo, co pewien czas. Niektórzy chorzy znajdowali się w obserwacji około trzech lat. Na mocy przedstawionego materiału prelegent uważa za konieczne podkreślić, co następuje:

1) Opóźnienie powrotu do normy krzywej cukru we krwi, po obciążeniu ustroju 50 gr. glukozy, po  $1\frac{1}{2}$  godz. jest pierwszym objawem niedomogi w zakresie przemiany węglowodanowej.

2) W przypadkach wątpliwych co do cukrzycy, w celu uniknięcia możliwości przeoczenia rozwoju choroby, należy badać krzywą po glukozie okresowo, co pewien czas, w celu rozstrzygnięcia, czy stwierdzane zmiany są stałe, czy cofają się, czy też zdradzają tendencję do postępowania naprzód.

3) Rozpoznanie zaburzeń w przemianie węglowodanowej, spostrzeżone wcześniej, pozwala b. często, dzięki leczeniu, wstrzymać dalszy rozwój cierpienia.

4) W praktyce, dla kontroli przypadków, podejrzanych co do możliwości powstawania cukrzycy, w razie trudności w wykonaniu całkowitej krzywej, można ograniczyć się do zbadania cukru we krwi na czczo, oraz w  $1\frac{1}{2}$  godz. po 50 gr. glukozy.

5) Liczby podane w niniejszej pracy dotyczą tylko poziomu cukru we krwi, pobranej z palca.

#### 8. Dyskusja.

Kol. Filiński: Przegląd krzywych, które nakreślił kol. Grott po podaniu cukru gronowego, wskazuje na to, że w lekkich przypadkach cukrzycy przebieg ich zależy od poziomu cukru we krwi naczcho. Krzywa wznosi się tem wyżej, im wyżej się zaczyna. Wniosek stąd prosty: przecukrzenie niekorzystnie wpływa na przyswojenie wprowadzonego cukru. Dodać też należy, że choć cukier potrzebny jest przy spalaniu ciał ketonowych, to przecież nadmiar jego we krwi utrudniać będzie walkę z ketonemją i ketonurją.

Śród materiału kol. Grotta widzimy atoli przypadki lub okresy w przebiegu choroby, kiedy krzywa glikemiczna wznosi się wysoko, chociaż zaczęła się stosunkowo nisko. Świadczy o tem, że oprócz przecukrzenia na przebieg jej wpływają jeszcze i inne warunki. Niekorzystnych warunków należy dopatrywać się w zaburzeniach przemiany białkowej i tłuszczowej, które nieodłącznie prawie towarzyszą cukrzycy ciężkiej; jak znaczna glikemja utrudnia, dajmy na to, zwalczanie ketonurji, tak i odwrotnie — zaburzenia w przemianie białkowej i tłuszczowej mogą wpływać niekorzystnie na tolerancję cukru.

Kol. Kapłan podkreśla wartość obserwacji klinicznej. U osobników starszych wiekiem spotykamy krzywe cukru we krwi, podobne do tych, jakie stwierdza się w cukrzycy, a mimo to nie uważamy tych osobników za chorych na cukrzycę. Gruźlicy nie można porównywać z cukrzycą; gruźlicę można bowiem często zahamować zupełnie, gdy tymczasem chory na cukrzycę, z chwilą zaniechania diety, zapada znów na swą chorobę, do której jest konstytucyjnie usposobiony.

Kol. Cieszyński wyraża zadowolenie z propagowania przez kol. Grotta idei zapobiegania.

Kol. W. Orłowski wyraża życzenie, aby praca kol. Grotta nie spowodowała lekceważenia innych metod badania klinicznego. Zwraca również uwagę na to, iż krzywe poziomu cukru we krwi mogą być u jednego i tego samego osobnika różne, co zależy często od czynników mało uchwytnych; nie należy zatem w badaniach naukowych ograniczyć się tylko do zanotowania jednej krzywej, ale trzeba wykonać ich kilka. Należy podkreślić znaczenie ketonurji, gdyż ominięcie tego ważnego czynnika doprowadzać może do błędnych wniosków.

Kol. Grott (streszczenie własne).

P. Doc. Filińskiemu. Niewątpliwie uwagi pana Docenta są b. ciekawe, jednak nie dotyczą one zasadniczego tematu t. j. sprawy rozpoznawania cukrzycy. Przykro mi, że ze względu na spóźnioną porę muszę je pozostawić bez szczegółowej odpowiedzi.

P. D-rowi Kapłanowi. W pracy swej omawiałem stany cukrzycy najwcześniejszej, t. j. prawie *in statu nascendi*. Otóż tego rodzaju stany chorobowe, prawie że nie dają objawów klinicznych, które mogłyby służyć, jako punkt oparcia dla rozpoznania. Gdybyśmy idąc za radą Szan. Kolegi poprzestali tylko na objawach klinicznych lub na stwierdzeniu cukromoczu, to mogłoby to stać się źródłem całego szeregu błędów, jak np. zbyt późne rozpoznanie początku choroby, lub niesłuszne rozpoznanie cukrzycy, w razie cukromoczu nerkowego. W tych przypadkach może usunąć wątpliwości jedynie krzywa cukru we krwi po glukozie.

Jak należy oceniać krzywą, jakie warunki winny być zachowane podczas jej wykonywania, omówiłem szczegółowo w poprzednim odczycie, wobec czego nie uważałem za stosowne dziś znów je powtarzać.

Co się tyczy porównania cukrzycy z gruźlicą, to wbrew opinii Kolegi, uważam je za słuszne:

a) cukrzyca, podobnie jak i gruźlica, jest klęską społeczną, aczkolwiek w znacznie mniejszym stopniu, b) skala zmian gruźliczych, stwierdzonych rentgenologicznie, jest tak samo wielka, jak i skala odczytów od normy w przemianie węglowodanowej, znajdujących swe odbicie w krzywej cukru, c) przeprowadzenie analogji pomiędzy cukrzycą a powszechnie znaną jednostką chorobową, jaką jest gruźlica płucna, może tylko przyczynić się do lepszego zrozumienia omawianego tu zagadnienia.

P. D-rowi Cieszyńskiemu. Z wielką przyjemnością dziękuję panu Doktorowi, że był łaskaw podkreślić to, co stanowi rzeczywiste istotę mych odczytów, t. j. chęć jaknajdalej idącego zapobiegania rozwojowi cukrzycy, jako klęski społecznej.

Dla ścisłości zaznaczyć muszę, że nawet środki, proponowane przeze mnie, jak próbne śniadanie węglowodanowe pod postacią miodu oraz krzywa cukru we krwi po glukozie, nie są wolne od pewnych usterek, jednak w porównaniu z tem, co mieliśmy do niedawna stanowią rzetelny krok naprzód.

P. Prof. Orłowskiemu. Zastrzeżenie Pana Profesora rozumiemy w zupełności. Uznając ich całkowitą słuszość, w poprzednim odczycie poświęciłem, może nawet zbyt wiele miejsca, omówieniu najistotniejszych warunków, które winny być zachowane podczas wykonywania krzywej po glukozie.

Sądzę, że dając w ręce lekarzowi metodę, spodziewać się możemy, że zastosuje ją umiejętnie po uprzednim dokładnem zapoznaniu się z nią. Co do innych objawów w cukrzycy, to znów muszę powołać się na mój poprzedni odczyt, w którym bardzo kategorycznie podkreśliłem, że klinicysta nie może nigdy opierać rozpoznania na jednym tylko objawie; krzywa cukru we krwi, jako objaw, powinna być rozważana łącznie z innymi objawami klinicznymi.

Dziś bynajmniej nie twierdziłem, że opóźnienie krzywej cukru we krwi po  $1\frac{1}{2}$  godz. (po 50 gr. glukozy), oznacza już cukrzycę, pragnąłem tylko zwrócić uwagę, że tego rodzaju przypadki wymagają ścisłej obserwacji w celu uniknięcia przeoczenia rozwijającej się cukrzycy. Pozatem wskazałem, jak należy je kontrolować w sposób uproszczony.

Co się tyczy ketonurji, jako objawu, to w cukrzycy najwcześniejszej nie wchodzi ona wcale w rachubę, wobec czego nie ma to rozpoznawczego znaczenia.

Zgadzam się z p. Profesorem, że częstsze badanie moich chorych, podejrzanych co do cukrzycy, z naukowego punktu byłoby pożądane. Ja również do tego dążyłem, jednak chorzy, przedstawieni w niniejszej pracy, stanowią przeważnie materiał ambulatoryjny, trudny do kontroli. Niejednokrotnie musiałem pokonać wielkie przeszkody, by uzyskać zgodę na powtórne badanie u moich pacjentów, uważających się skądinąd za zupełnie zdrowych. Jest to główny powód, dlaczego w piśmiennictwie prawie, że nie spotyka się przypadków wczesnej cukrzycy, dobrze przekontrolowanych w okresie jej powstawania.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 10 m. 50.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski*

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 18 listopada 1930 r.**

Początek o godz. 8-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 54, wprowadzonych gości 71.

### C z ę ś ć I - s z a.

Posiedzenie poświęcone pamięci Zmarłych Członków czynnych Towarzystwa ś.p. Edwarda Żebrowskiego i ś.p. Kazimierza Noiszewskiego.

1. Kol. Prezes, wspominając w krótkości zasługi obu zmarłych Członków Towarzystwa, wita obecnych członków rodzin Zmarłych i wzywa obecnych do uczczenia pamięci Zmarłych przez powstanie z miejsc.

2. Kol. E. Bratkowski:

„Sylwetka ś.p. Edwarda Żebrowskiego“ (streszczenie własne).

Dnia 26 czerwca 1930 r. przedwcześnie zgaśł profesor E. Żebrowski.

Urodzony w 1873 r. w ziemi Wileńskiej, wśród pięknych łąk, wśród barwnych pól, wśród szumiących borów i lasów.

Piękna natura Litwy wpłynęła na kształtowanie się duszy Zmarłego: był marzycielem i poetą, był skryty, jak puszcze litewskie, a spostrzegawczy, jak sokół.

Kochał słońce i piękno natury, lecz nadewszystko umiłował naukę. Do końca życia miłość ta rosła, potężniała i wydawała obfite plony.

Już od wczesnej młodości zarysowały się cechy charakteru — stanowczość i wytrwałość w pracy.

Niepospolite zdolności zrodziły wygórowaną ambicję, która nakazywała Profesorowi być zawsze pierwszym uczniem i najlepszym nauczycielem.

Nauki w gimnazjum Wileńskim ukończył chlubnie, a w 1896 r. otrzymał odznaczenie i pochwałę za ukończone studia w Akademii Wojskowo-medycznej w Petersburgu.

Obrał drogę naukową, planowo i konsekwentnie sposobił się do pracy twórczej, naukowej.

Pracuje w klinikach wybitnych uczonych, w Petersburgu u Marcellego Nenckiego, Botkina, Manoseina, K. Wagnera, początkowo studjuje klinikę, bakterjologję i anatomję.

Po otrzymaniu doktoratu za pracę „O leczeniu gruźlicy doświadczałnej“ w 1902 r., wyjeżdża na studia do Berlina, do klinik najsławniejszych uczonych — Kraus'a, Ewald'a, Fraenkl'a, studjuje hematologję u Engl'a, a anatomję patologiczną u Pick'a.

Surowy klimat petersburski ujemnie wpłynął na zdrowie żony, dlatego profesor przenosi się na południe, do Kijowa.

W uniwersytecie kijowskim św. Włodzimierza pracuje w klinice prof. Konrada Wagnera, a jednocześnie studjuje anatomję patologiczną u prof. W. Wysokowicza, patologję ogólną u prof. W. Lindemana, farmakologję u prof. J. Landenbacha i fizjologję u prof. Czirjewa i Czagowca.

Z Kijowa wyjeżdża na studia do Lwowa do utalentowanego fizjologa i farmakologa, prof. Popielskiego.

W 1914 r., jako profesor uniwersytetu charkowskiego — pracuje w Instytucie biochemicznym prof. Wohlgemuth'a w Berlinie.

W 1907 r. zostaje docentem chorób wewnętrznych uniwersytetu Kijowskiego, w 1913 r. profesorem szczegółowej patologji i terapii uniwersytetu Charkowskiego, a w 1914 r. profesorem i dyrektorem wydziałowej, terapeutycznej kliniki tegoż uniwersytetu, gdzie pozostaje do 1919 r.

Po powrocie do Polski, od lutego 1920 r. pracuje w wojsku polskiem, jako ordynator, potem jako kierownik oddziałów wewnętrznych.

Od jesieni 1927 r. jest obrany profesorem uniwersytetu Warszawskiego i dyrektorem I Kliniki Wewnętrznej i na tym stanowisku pozostaje do końca życia.

Gruntownie wykształcony w naukach biologicznych i klinicznych, według szkoły niemieckiej, jest nadzwyczaj ścisłym i sumiennym uczonym, lecz ma temperament polski, miłość i zapał do pracy naukowej, zawsze młodzieńczej.

Powołaniem i ideą profesora było tworzenie, szukanie nowych dróg biochemicznych w klinice, wykrywanie i podpatrywanie nowych objawów chorobowych.

Jego umysł bogaty wiedzą i doświadczeniem, wielka erudycja i wielki zapał do pracy zdziałały dużo. Umiał doskonale analizować objawy kliniczne ze ścisłością mikroskopową, potem ujmować syntetycznie po mistrzowsku każdy problemat. Posiadał wielki talent wypowiedzania swych myśli w dostępnej, prostej formie, często używał prostych a trafnych porównań, dbał o czystość języka polskiego i o piękny styl. Na wykładach rozwijał myśl swą logicznie i prowadził uwagę słuchaczy, jak zdolny wódz żołnierzy, nie zbaczał na manowce, lecz dawał jasny, zwięzły i pełny obraz stanów chorobowych.

Był doskonałym mówcą i świetnym pedagogiem. Zjawiska chorobowe ujmował ze stanowiska biologa-klinicysty. Prawa biologiczne przenosił na zjawiska kliniczne.

Wykładając choroby nerek, profesor porównywał życie komórki w ustroju ludzkim z życiem komórki pierwotniaka w morzu.

W wykładzie „sylwetka czynnościowa człowieka” profesor porównuje człowieka do maszyny i widzi analogję w narządach przemiany i aparacie ruchu, lecz człowiek posiada jeszcze jaźń,

zapewniającą nieśmiertelność gatunku i w ten sposób człowieka rozpatruje, jako trójistotę.

Analizując krążenie, profesor dzieli cały układ krążenia na 5 układów: wieńcowy, duży, mały, bramny i tkankowy, ściśle określa objawy niedomogi każdego działu krążenia i daje ściśle wskazania lecznicze.

Wprowadza pojęcie o ukrytej niedomodze układu krążenia, która zjawia się tylko przy nadmiernych wysiłkach lub wyczynach sportowych, pięknie określa niedomogę serca: niedomogę 1-go stopnia wysiłkową, 2-go stopnia względną i 3-go bezwzględną.

Wyświetla znaczenie przyrodolecznictwa przy leczeniu niedomogi krążenia, jako to: kąpieli powietrznych, kwasowęglowych, masażu, gimnastyki, sportów. Uczy słuchaczy, że niedomoga ukryta i względna leczą się tylko środkami fizykalnymi: ruchem dawkowanym i dietą, a tylko przy niedomodze jawnej i absolutnej należy stosować spokój, dietę i środki nasercowe.

Jako znawca melodji serca, ma nadzwyczaj wrażliwe ucho i czasami słyszy takie zjawiska w sercu, które może uchwycić tylko elektrokardiograf, jak skurcze przedsionka w bloku sercowym.

Przy wysłuchiowaniu serca zachwyca się jego melodją: słyszy strzały armatnie przy rytmie węzłowym, lub złowrogą ciszę przy głębokich zaburzeniach w przewodnictwie, lub melodję śmierci przy cwałach mazodjastolicznym.

Rozpoznawanie różniczkowe profesor opiera na doskonałej znajomości anatomji, embriologii i patologji, a wskazania lecznicze na znajomości farmakologii.

Wykłady wszystkie, bez wyjątku, są świetnie opracowane i dają wyczerpujące oświetlenie tematu.

Wizytację na salach profesor prowadzi z wielkiem zainteresowaniem się chorymi, podkreśla znaczenie pierwszego wejrzenia, bada sam bardzo szczegółowo chorego, analizuje wszystkie dane kliniki i laboratoryjne i syntetycznie ujmuje chorego, zawsze ciekawie i indywidualnie.

Profesor podczas bardzo pracowitego swego życia przeorał i przepracował zagadnienia medycyny wewnętrznej, pozostawił prace o chorobach dróg oddechowych, o chorobach narządów trawienia, o chorobach układu krążenia, o chorobach nerek, o chorobach narządów krwiotwórczych, o chorobach gruczołów dokrewnych i o chorobach wątroby.

Prace naukowe były napisane pięknym językiem, w każdej pracy znajdujemy myśli, pogłębiające dany temat, trafne porównania, szerokie biologiczne ujęcie zagadnienia.

Swą ścisłą pracą profesor dowiódł, że dobrze napisane historie chorób pacjentów w prywatnym gabinecie lekarskim są materiałem do pracy naukowej. Ze swego prywatnego materiału ma następujące prace:

1. W sprawie rozpoznawania sprawności serca.

2. O działaniu kumysu w chorobach wewnętrznych.

3. O podskórnych gruczołach limfatycznych klatki piersiowej w gruźlicy płuc.

4. Znaczenie rozpoznawcze wstrząsu wątroby.

5. Typhlostosis hepatica.

Organizacji pracy przypisywał największe znaczenie. Organizację zaczynał zwykle od siebie, każdy chory prywatny był ściśle opisany według wzoru przez siebie opracowanego. Klinika Charkowska, I Klinika Wewnętrzna Uniwersytetu Warszawskiego otrzymały wzorową, oryginalnie opracowaną kartę historii choroby.

Praca dnia była ściśle rozplanowana: ranne godziny zajmowała praca naukowa w domu lub klinice, wykłady, komisje, posiedzenia. Wieczory — opracowanie wykładów, studjowanie piśmiennictwa, sprawy redakcyjne i literatura piękna.

Talent organizacyjny wykazał profesor na każdej placówce swej pracy. Pierwsza moja praca, wspólna z profesorem, była wykonana w 1909 r. w uzdrowisku „Pohulance“ z. Witebskiej.

Było to sanatorium na kilkaset osób, wybudowane w olbrzymich lasach hr. Platerów. Dzięki energii profesora, zdrojowisko posiadało wzorowo urządzony zakład przyrodoleczniczy, kąpiele słoneczno-powietrzne, na miejscu był wyrabiany kumys, a doskonała kuchnia djetetyczna dopełniała arsenał środków przyrodoleczniczych.

W 1911 r. profesor zostaje konsultatem zdrojowiska „Druskienniki“. Tam, według planu profesora, są urządzone kąpiele powietrzne, słoneczne, bieżnie i tereny sportu i pracy fizycznej, a pracownia kliniczna jest tak dobrze zorganizowana, że w r. 1912 z pracowni tej wychodzi doświadczalna, wspólna nasza praca, wykonana na psie z izolowanym żółdkiem według Pawłowa, „O wpływie Druskiennickiej wody „Nasza“ na wydzielanie soku żółdkowego“.

W Uniwersytecie Charkowskim, gdzie profesor był od 1914 do 1919 r., pozostawia świetnie zorganizowaną klinikę z wzorowo opracowaną kartą chorobową i laboratorium kliniczne, przysposobione do badań nad przemianą materji, zczynami ustroju, hematologią i eksperymentami na zwierzętach.

Najenergiczniej i najszerzej pracuje profesor w Odrodzonej Ojczyźnie.

W wojsku polskim jest najpierw ordynatorem oddziału wewnętrznego w szpitalu Mokotowskim, pisze prace, jest członkiem Wojskowej rady sanitarnej, przyjmuje udział w rozmaitych komisjach: przeciwgazowej, jest prezesem Towarzystwa Wiedzy Wojskowej Lekarskiej.

Dla rozwoju ukochanej nauki organizuje wykłady dla lekarzy wojskowych i dla studentów-podchorążych, urządza posiedzenia naukowe dla lekarzy.

Komasuje wszystkie oddziały wewnętrzne Szpitala Ujazdowskiego (obecnie szpitala Szkolnego Podchorążych Sanitarnych)

w potężny oddział wewnętrzny, wyposażony w świetnie urządzonej pracownię kliniczną, a każdy stołek, każdy stół i szafa i każdy nowy przyrząd tej pracowni mają swą kartę, gdyż trzeba było wielkiego wysiłku pracy, wielkiej wytrwałości i energii, aby to zdobyć.

Oddział wewnętrzny szpitala Szkolnego Szkoły Podchorążych Sanitarnych jest postawiony na wysokości pierwszorzędnej kliniki Uniwersyteckiej.

W 1927 r. 27/IX Edward Żebrowski zostaje obrany profesorem diagnostyki i terapii ogólnych chorób wewnętrznych oraz dyrektorem I Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Marzenia najdawniejsze ziściły się, profesor wykładu ukochany przedmiot w największym uniwersytecie polskim.

Działalność jego na tej placówce jest bardzo dobrze znana wszystkim, lecz muszę tu nakreślić plan szerokiej pracy profesora.

1. Pracuje nad sobą, w ostatnich latach studjuje język angielski, aby korzystać ze skarbnicy wiedzy narodów anglosaskich i jak najwięcej nauczyć studentów, jak najlepiej przygotować lekarzy młodych i przyszłych uczonych.

2. Wysyła zagranicę asystentów, aby przygotować kadry specjalistów.

3. Kosztem tytanicznych wysiłków nadbudowuje całe piętro I Kliniki w Szpitalu św. Ducha i daje Uniwersytetowi obszerną salę wykładową i 7 gabinetów dla pracowni klinicznych.

4. Skupia w swej klinice wszystkich młodych lekarzy, którzy pragną doskonalić się w chorobach wewnętrznych lub pracować naukowo.

5. Zamierza zorganizować oddział chorób zawodowych przy klinice.

6. Zorganizować zakład przyrodolecznicy.

7. Wprowadzić wzorową kuchnię djetetyczną.

I pośród tej tak owocnej i rozległej pracy, w końcu roku szkolnego, 25.V.1930 r. przychodzi ciężka choroba.

Tytan ducha, jakim był ś. p. profesor E. Żebrowski nie umie być chorym, nie umie leżeć beczynnie w łóżku.

Pomimo zakazów kolegów, przy każdej poprawie zdrowia powraca do pracy nad ukochaną nauką, studjuje, robi plany na przyszłość; tylko czasem, zmęczony chorobą powie, że obawia się, czy wystarczy mu sił, aby dalej prowadzić rozbudowany warsztat pracy i dalej budować. Do końca dni swoich wierzy, że jego duch zwycięży nawet niemoc fizyczną, a wakacje dadzą mu możliwość wypocząć i poprawić swe zdrowie, gdyż dotąd profesor nie wyjeżdżał na wypoczynek letni, a latem zawsze pracował w uzdrowisku. W tym roku zamierzał wypocząć w Krynicy.

Nieubłagana śmierć przecięła wszystkie plany.

Zmarł w sile wieku, w pełni rozwoju talentu twórczego, pozostawił po sobie bogaty dorobek naukowy 46 prac, pozostawił

rozbudowany warsztat pracy, pozostawił wielu uczniów, którym zaszczerpił miłość do pracy naukowej.

Odszedł wśród pracowitego życia wielki uczony, niezrównany pedagog i utalentowany organizator.

Cześć Jego świetlanej pamięci.

3. Kol. Wł. Melanowski:

„Wspomnienie o ś. p. profesorze Kazimierzu Noiszewskim“ (Streszczenie własne).

Dnia 5 lipca 1930 roku niespodzianie rozstał się z tym światem pierwszy profesor okulistyki we wskrzeszonym Uniwersytecie Warszawskim, Dr. med. Kazimierz Noiszewski.

Urodzony w Wilnie 11 września 1759 roku, w r. 1863 wraz z rodzicami iść musiał na wygnanie w głąb Rosji i szkoły kończy w Tule i Orle, a uniwersytet w Moskwie w 1883 roku. Pobyt w Rosji nie wynarodowił go, i, po ukończeniu studiów, jako młody lekarz jedzie N. do Krakowa i pod kierunkiem prof. Lucjana Rydla zaczyna się specjalizować w okulistyce. W Krakowie w r. 1887, powstaje pierwsza jego praca: „O barwikowym zwyrodnieniu siatkówki“. Już tę pracę cechuje wydatna szerokość światopoglądu — interesuje się w niej Noiszewski nie tylko okiem, ale i całym ustrojem chorego, a nawet i psychiką. Potem czas pewien pracuje we Wiedniu, pod kierunkiem prof. Michała Borysikiewicza i w Paryżu, pod kierunkiem profesora Photinosa Panasa.

Po powrocie do kraju rozpoczyna pracę na Inflantach, pod Dynaburgiem, w miejscowości kuracyjnej Pohulance. Zakłada tu klinikę na 30 chorych i z całym zamięłowaniem zaczyna praktykę okulistyczną. Zyskuje wielką wziętość, dni całe pracuje dla chorych, a wieczory, do późnej nieraz nocy, spędza nad książką i zaczyna tu, na prowincji, pracę twórczą, której wyniki ogłasza w pismach polskich i obcych, oraz na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego w Dynaburgu, którego to Towarzystwa był długoletnim prezesem, pomimo, że był jednym z niewielu Polaków, należących do tego Towarzystwa.

W pracy lekarza i działacza na Inflantach odpoczynkiem było Mu urządzenie i upiększanie ogrodu. Nawet ogród ten, urządzony na umocnionych, a dawniej lotnych piaskach nad Dźwiną, był wyrazem niezmordowanych wysiłków i niespożytej wartości Zmarłego.

Wśród tych, zda się, nieusposabiających do pracy naukowej warunków, zdala od laboratoriów, powstały wybitne, o pomnikowej wartości, pomysły i badania. Mianowicie, w roku 1889, datuje się opracowanie elektroftalmu — przyrządu, który za pomocą płytki selenowej przerabia wrażenia świetlne na dotykowe i dźwiękowe. Przyrząd ten zwrócił uwagę uczonych tej miary, co Charcot, jako niezwykle śmiała próba przyswojenia wrażeń świetlnych tym, co wzrok bezpowrotnie utracili. Pracuje też Noiszewski w tym okresie nad czuciem wzrokiem i dotykowym i publikacje jego

w tej sprawie zwracają na Niego uwagę, jako na uczonego i w roku 1900 za te prace uzyskuje w Petersburskiej Akademji Wojskowej stopień doktora medycyny, a w 1908 r. na zasadzie pracy: „O jaskrze prostej i jej zależności od różnicy ciśnienia między gałką a czaszką, zostaje w Petersburskiej Akademji Wojskowo-Lekarskiej habilitowany, jako docent okulistyki.

I do czynnego życia w Pohulance corocznie, w ciągu paru miesięcy, przybywa Mu praca wykładowa w Petersburgu — i tu zresztą, zyskuje znaczny rozgłos i liczne rzesze pacjentów, od tego czasu po dzień dzisiejszy wspominający Go wdzięcznie.

W Petersburgu uczestniczy w pracach Towarzystwa Okulistycznego, Towarzystwa Neurologów i Psychjatrów, jest też członkiem i to, bodaj jednym z najczynniejszych, Polskiego Towarzystwa Przyrodników i Lekarzy. Pracując na obczyźnie, nie traci łączności z krajem i licznymi swemi pracami zasila przedewszystkiem pisma polskie, a więc poznańskie „Nowiny Lekarskie“, warszawską „Gazetę Lekarską“, „Kronikę Lekarską“, krakowski „Postęp Okulistyczny“; pisze prócz tego w tym czasie w „Przeglądzie Filozoficznym“, „Przeglądzie Tygodniowym“, a wszędzie, przedewszystkiem po polsku, przedstawia wyniki swych badań i swego doświadczenia. Widzą go też na posiedzeniach polskich Towarzystw lekarskich i na polskich Zjazdach lekarskich jeszcze wtedy, kiedy praca dla Polski mogła raczej szkodzić karierze.

Pisze prócz tego N. do licznych pism obcych, rosyjskich, niemieckich i francuskich i uczestniczy w zjazdach okulistycznych i lekarskich rosyjskich i międzynarodowych.

Prace naukowe Noiszewskiego mają charakter wybitnie oryginalny. Obok elektroftalmu (1889), opracowuje N. metody badania czucia cieplnego (1889), włosowego i gruczołowego (1897, 1900), przeprowadza badania nad etiologią jaglicy, obmyśla sposób ożywienia zbliźnowałego, wskutek jaglicy, worka spojówki przeszczepieniem śluzówki z ust (1896), obmyśla hydroelektrodę do elektryzacji oka (1894), leczenie operacyjne stożka rogówki (1902), leczenie operacyjne skrzydlika (1904). W pracach Jego i badaniach przebiega nie tylko zainteresowanie się narządem wzroku, ale także i całym ustrojem, a w szczególności chorobami układu nerwowego i psychicznymi. Szczególnie wartościowe są tu prace. „O ataksji wzrokowej“ (1891), „O wybuchowem powstawaniu śladów pamięci wzrokowej“ (1891), „O chorobach pamięci i mowy“ (1891), „O powidokach“ (1900), „O ślepotcie duchowej i halucynacjach wzrokowych“ (1895), „O badaniu dyferencjalnego i integralnego widzenia“ (1894), „O korowem widzeniu połowiczem“ (1903). Wreszcie wybitnie oryginalne są prace o jaskrze (od 1908). Prace o jaskrze w 1911 roku były wyróżnione nagrodą imienia prof. Moczutkowskiego.

Do roku 1919, liczba prac Noiszewskiego dochodziła do 148.

W Polsce odrodzonej, na początku pracuje prof. Noiszewski w Ministerstwie Zdrowia, wkrótce jednak Jego zapal i głęboka wiedza znajdują ujście w pracy nad organizowaniem odrodzonej

wszechnicy Batorowej w Wilnie. W tej wszechnicy w 1919 roku powołany zostaje na katedrę okulistyki, a wkrótce na tęż katedrę powołuje Go Uniwersytet Warszawski. Noiszewski obejmuje katedrę stołeczną i od początku 1921 roku w nader ciężkich warunkach organizuje klinikę. Otrzymuje nieodpowiednie, ciasne pomieszczenie w pawilonie IV szpitala św. Ducha, które dzielić musimy z kliniką Oto-Laryngologiczną. I zaczęła się odrazu intensywna praca, pomimo wielkie trudności i dla pracy naukowej i dla szpitalnej. Klinika pracowała bez podręcznej pracowni, bez biblioteki, bez czytelnicy, bez odpowiednich ciemni, z niewielką liczbą przyrządów. Małutki gabinet profesora jest jednocześnie salą dla badań biomikroskopowych, pokojem asystenckim do śniadań, szatnią, salą konsultacyjną, miejscem egzaminu studentów i t. p. Sala wykładowa, mająca pomieścić 200 słuchaczy, ma 35 m. kwadr. i jest zarazem badalnią, salą opatrunkową i operacyjną.

Dodajemy tu, że liczba roczna chorych klinicznych z 367 w pierwszym roku, po 9-latach pracy kliniki, w tych samych warunkach, ulega podwojeniu, liczba operacji z 300 rocznie dochodzi do przeszło 800, liczba zaś chorych przychodnych, przyjmowanych i badanych przez asystentów w małej salce, około 15 m. kwadr., dochodzi do 150 osób dziennie.

I w tych warunkach, z całą pogodą ducha, profesor Noiszewski pracuje, obok nauki studentów, kierując pracą 20 lekarzy, którzy specjalizują się pod jego światłym kierunkiem.

Bez pracowni klinicznej zadziwia umiejętnością wykorzystania materiału klinicznego dla opracowania zagadnień naukowych. Jako przykład niech posłuży choćby fakt ujęcia sprawy akomodacji i udziału w tej sprawie mięśni Brücke'go i Müller'a, oraz więzadła soczewkowego. Wychodząc z założenia Beauvieux, że więzadło soczewkowe składa się z błonek, tworzących zamknięte przestrzenie okołosoczewkowe, wygłasza N. w r. 1923, uzasadnienie swej hydraulicznej teorii akomodacji, przedstawionej jeszcze w 1921 roku na I Zjeździe Okulistów Polskich. Dalej, wskazując na dwa rodzaje mięśni nastawczych oka, różne ich unerwienie, oraz przewagę mięśnia Brücke'go u osób krótkowzrocznych, od 1924 roku uzasadnia N. znaczenie m. Brückego w nastawności dla dali. Ten pogląd N. w dość przekonujący sposób objaśnia powstawanie odwarstwienia siatkówki w krótkowzroczności. I hydrauliczna teoria akomodacji i sprawa udziału mięśnia Brückego w akomodacji dla dali (mięsień ten, to tensor chorioideae) wywołały zagranicą wielkie zainteresowanie, czego dowód pośredni mamy w pracach Linsay-Johnsona (1924), który wypowiada też pogląd zgodny z poglądami N. na znaczenie ciśnienia hydraulicznego w akomodacji, i w pracy Loddoniego (1919). Loddoni, opierając się na pracach Noiszewskiego, porusza sprawę udziału mięśnia Brückego w akomodacji.

Przyjmując pod uwagę teorię Noiszewskiego na znaczenie mięśnia Brückego w krótkowzroczności, łatwo zrozumieć, dlaczego w okolicy rąbka zębatego, siatkówka ma torbielowatość i dlaczego

tu łatwo ulega pęknięciom, które w myśl prac Gonina, są zapewne przyczyną odwarstwienia siatkówki.

Widzimy więc, że ś. p. prof. Noiszewski do ostatnich chwil pracował wybitnie twórczo, że umiał przeniknąć wgłąb tajników przyrody i dojść rozumowaniem i intuicją tam, dokąd inni dochodzili drogą żmudnej pracy laboratoryjnej.

Zostawił w rękopisie „Zarys psychologii dotyku i wzroku”—jako wyraz swego zainteresowania się tą nauką, którą obok okulistyki lubił najbardziej.

Jako profesor, Noiszewski stara się wpoić w słuchaczy zamiłowanie do okulistyki, podkreślając stale w swych wykładach wybitne znaczenie okulistyki dla cierpiącego ogółu i dla innych działów medycyny.

Jako kierownik, stara się ocenić indywidualne zdolności asystentów, pozwalając im rozwijać się samodzielnie, zachęca do pracy teoretycznej, organizuje co tydzień posiedzenia referatowe, nie ustaje w staraniach nad zaopatrzeniem biblioteki klinicznej, zachęca do pokazów chorych na posiedzeniach szpitalnych i posiedzeniach klinicznych Towarzystwa Okulistycznego i T-wa Lekarskiego i jest nie tylko kierownikiem, ale i głównym ogniwem, zespalałym w całość życie kliniki.

Toteż niespożyte są Jego zasługi dla organizacji Okulistyki Polskiej. Już w 1920 roku jest jednym z organizatorów I Zjazdu Okulistycznego Wszepolskiego i potem dalszym zjazdom tym patronuje, jako przewodniczący honorowy i tu, obok Jego wartości naukowych, uwydatniają się w całej pełni Jego wysokie wartości człowieka i obywatela. Wielki takt osobisty i niezwykle wysokie poczucie honoru i odpowiedzialności osobistej sprawiły, że za Jego przewodniczenia nie dochodziło nigdy do żadnych zderzeń osobistych. Nawet w przypadkach ostrego zaatakowania publicznie Jego poglądów, umiał zawsze z wielkim taktem i umiarem bronić ich, w niczem nie uchybiając przeciwnikowi. W ciągu dziewięciolecia pracy Jego, klinika wywojowała sobie na gruncie Warszawy prawo obywatelstwa i jako oddział, nie odmawiający pomocy w najcięższych nawet przypadkach, i jako placówka naukowa, której kierownik wraz z asystentami wypełniał swymi wykładami i pokazami niejedno z posiedzeń naukowych.

W 1923 roku zakłada profesor kwartalnik „Klinika Oczna”, nie bacząc na to, że na pierwszym Zjeździe Wszepolskim Okulistów, sprawa ta została uznana za nieaktualną. I znów zaczął się tu dla Niego okres nowych wysiłków, gdyż nie tylko wiele sam pisać musiał w nowo założonym piśmie, ale, otrzymując do druku niezawsze udolnie napisane prace, długo nieraz musiał je poprawiać, by właściwy sens wydobyć, nie zmieniawszy w niczem zasadniczej myśli autora. A prócz tego, kwartalnik popierać musiał z funduszy własnych, gdyż, jak to zwykle bywa, wpływy z prenumeraty były stale niedostateczne. Coprawda, od II Zjazdu we Lwowie, kwartalnik uznany został za organ Towarzystwa Okulistów Polskich i popierany przez większe grono okulistów, a prze-

dewszystkiem przez profesorów okulistyki Uniwersytetów Polskich, to, jednak, ta pomoc moralna i materialna często nie wystarczały.

W każdym bądź razie, pod Jego światłym kierunkiem, kwateron ten powstał, rozwinął się i jest znany i referowany na całym świecie. Pismo to tak samo jest wynikiem osobistych zabiegów profesora Noiszewskiego, jak „Postęp Okulistyczny” wynikiem wysiłków i starań prof. B. Wicherkiewicza.

Zasługi naukowe i społeczne prof. Noiszewskiego sprawiły, że był wybrany członkiem honorowym wielu towarzystw lekarskich, a w tem Wileńskiego i Częstochowskiego, że był honorowym prezesem i założycielem Wszechpolskiego Towarzystwa Okulistycznego i długoletnim prezesem Warszawskiego Oddziału tego Towarzystwa. Prócz tego szczyliło się nim Francuskie Towarzystwo Okulistyczne i na wieść o jego śmierci, jeden z wybitnych jego członków, prof. Terrin w prasie okulistycznej francuskiej poświęcił Mu serdeczne wspomnienie.

Jako lekarz, prof. Noiszewski odznaczał się wielką życzliwością dla chorych, zawsze miał czas, by wysłuchać wszystkich skarg chorego. Nikt, jak on, nie umiał tak subtelnie zebrać wywiadów w najdrażliwszych nawet sprawach, nikt, jak on, nie umiał lepiej pocieszyć w najcięższych nawet przypadkach.

W stosunku do lekarzy był zawsze starszym doświadczonym kolegą, nie umiał wprost dotknąć nikogo — owszem często stawał w obronie i starał się łagodzić waśni.

Jako człowiek i obywatel, miał obok intuicji wielką miłość kraju, entuzjazm i optymizm, typowy dla uczonego i zacnego człowieka. Nie zapomnę nigdy, jak w ciężkie dni, kiedy wróg sięgał po stolicę, profesor Noiszewski, ani chwili nie zwątpił i z całą mocą wierzył w bliskość odparcia wroga i stanowczego nad nim zwycięstwa.

Toteż w pamięci nas wszystkich, którzyśmy go znali, i w pamięci swych kolegów i uczniów, w historii wreszcie naszej nauki prof. Noiszewski pozostanie nazawsze, jako wielka świetlana postać wybitnego uczonego, lekarza i obywatela.

Cześć Jego pamięci!!

C z ę ś ć II-ga.

Posiedzenie naukowe.

Kol. Prezes odczytuje tytuły prac, nadesłanych do Towarzystwa:

Birzowski. Z zagadnień terapii w dziedzinie chorób kobiet. Warsz. Czas. Lek. 1930.

Mikułowski. Ueber die klinische, epidemische und prophylaktische Verwandtschaft zwischen Masern und Keuchhusten. Schweiz. Med. Woch. 1930.

Zawadowski. Kilka uwag w sprawie przechowywania błon radjologicznych. Pol. Gaz. Lek. 1930.

Zawadowski. O salpingografii. Pol. Gaz. Lek.

Zembrzusi. Ś. p. Stanisław Trzebiński. Med. Warsz. 1930.

Program. III Ogólno - Słowiański Zjazd Lekarski w Splicie 4—8.X. 1930.

Treci Sveslovenski Lekarski Kongres u Splitu, 5—8 Oktobra 1930. Program nauczog rada.

Srpski-Archiw za celokupno lekarstwo. 1930 sb. 10.

Sprawozdanie z działalności Uniwersytetu Warszawskiego za rok akademicki 1929—30.

The Urologic and Cutaneus Review. 1930, November.

Vestnik ceskych lekaru. Rocnik XXXII, Cislo 39—1920.

International Journal of Medicine and Surgery. 1930. Nr. 10.

Japanese Journal of Medical Sciences — III. Biophysica. Vol. I Nr. 3.

Medinsi Pregled. 1930 — Nr. 10.

Górka — Kolonja lecznicza dziecięca im. D-ra med. Rektora Józefa Brudzińskiego przy zdroju w Busku.

Schemat historii choroby, ułożony przez prof. E. Żebrowskiego.

2. Protokół z dnia 11 listopada 1930 r. przyjęto bez zmian.

3. Kol. Wł. Filiński i Moczarski wygłosili odczyt p. t. „W sprawie patogenezy zaniku tętna w naczyniach obwodowych“. (Streszczenie własne).

Prelegenci wskazują na czynnik, nie brany dotychczas pod uwagę, w patogenezie zaniku tętna. Myśl o tem nasunęła się ze spostrzeżeń klinicznych nad przypadkiem tętniaka tętnicy głównej. Tętno zanikło tu we wszystkich tętnich obwodowych i stan ten obserwowany był w przeciągu lat siedmiu. Zmiany, prowadzące do zarośnięcia tętnic, można było wykluczyć z powodu dobrego ukrwienia i doskonałej czynności kończyn. Zboczenia w przebiegu nie mogą obejmować tak wielkiej liczby tętnic, a i wtedy dałoby się odnaleźć tętno na tętnicach dużych. Nie stwierdzali go tam jednak prelegenci ani obmacywaniem, ani osłuchiowaniem przy ucisku zapomocą opaski Reklinghausena.

Zanik tętna tłumaczą sobie prelegenci tem, że krążenie odbywa się tu pod stałym ciśnieniem. Wahania w ciśnieniu, powodowane skurczami lewej komory, są tu zniwelowane przez wpływ sprężystego balonu-tętniaka, umieszczonego na drodze prądu krwi. W podobny sposób np. rozpylacz z podwójnym balonem daje jednostajny strumień cieczy.

Wywody te popierają prelegenci doświadczeniem na modelu, przedstawiającym skurcze komory i wpływ tętniaka.

4. Kol. Wł. Mikułowski wygłosił odczyt p. t.

„Przyczynki do kliniki kiły wrodzonej“ (Streszczenie własne).

Jakkolwiek w każdym wieku chorego, wykrycie kiły wrodzonej przedstawia wartość rozpoznawczą dla lekarza — to jednak wykrycie kiły w wieku dziecięcym jest szczególnie wartościowe, ponieważ wczesne zrozumienie faktów klinicznych pod względem etjologicznym zmusza lekarza do wczesnego stosowania właściwego, przyczynowego leczenia chorego, jakoteż do leczenia zapobiegawczego rodzeństwa, pozornie zdrowego. Lekarz pediatra znajduje się w lepszych warunkach dla wykrywania kiły wrodzonej, niż inny lekarz, ponieważ może zetknąć się z żyjącymi jeszcze przeważnie, rodzicami dziecka, których wywiady i badanie są potrzebne dla rozpoznania kiły dziecka. Jedną z trudności rozpoznania konstytucji kiłowej stanowi jej, często bliska, analogja z konstytucją neuro-artrytyczną. W każdym więc przypadku nasuwającego się podejrzenia konstytucji neuro-artrytycznej rodzi się obowiązek dla pediatry — koniecznego różnicowania rozpoznawczego tej skazy ze „skazą” kiłową. Różnicowanie to nie ogranicza się do szukania kiły na drodze tylko serologicznej, albo próbno-leczniczej, ale sięga w głąb ku szczegółowym wywiadam, oraz wymaga poszukiwania drobnych, ale ważnych faktów klinicznych, świadczących o charakterze dystrofji w poszczególnych układach lub narządach chorego.

W dyskusji.

Kol. Trzciński podkreśla, iż kol. prelegent kładzie zbyt duży nacisk na konstytucję kiłową przy kile wrodzonej; równie często spotykamy kiłę wrodzoną u dzieci, bez żadnych znamion tego cierpienia. Skierowuje nas w kierunku tego rozpoznania fakt przebycia kiły przez rodziców, a także bardzo cenny środek rozpoznawczy, jakim jest zapalenie okostnej kości długich, które wykryć się daje przy pomocy rentgenogramu.

Wiele znamion kiły wrodzonej (zęby Hutchinsona), niedorozwój ogólny, zdarzają się u niemowląt niekiłowych, natomiast dzieci bardzo dobrze rozwinięte mogą być obciążone kiłą wrodzoną.

Wreszcie mówca podkreśla kategorycznie, że ujemny wynik Wassermanna nie daje żadnych podstaw do zaniechania leczenia swoistego. Wskazań leczniczych nie wolno opierać na odczynie Wassermanna.

Kol. Mikułowski w odpowiedzi kol. Trzcińskiemu stwierdza, że pod nieżytem jelita grubego u dzieci kiłowych nie rozumiał jednostki chorobowej z naciekami lub owrzodzeniami kiłowymi, ale że tem mianem ogólnem objaśnia postaci colitis, wywołane przeważnie dysfunkcją gruczołów dokrewnych i układu naczyniowo-wegetatywnego. Mimo rozpowszechnienia, nieżyty jelita grubego dzieci kiłowych bywają mylnie rozpoznawane, jako t. zw. *colitis neuroarthritica*.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 m. 55.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

## PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 25 listopada 1930 r.**

Obecnych członków T-wa 27. Wprowadzonych gości 24.

1. Po przeczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dnia 18. XI. 1930 r.

2. Prezes T-wa zawiadamia, iż po otrzymaniu zaproszenia, reprezentował T-wo Lek. w dniu dzisiejszym na odczycie ministra Kwiatkowskiego, wygłoszonym w inaugurację „Miesiąca Pomorza”; jednocześnie zawiadamia o zaproszeniu, nadesłanem do T-wa przez Komitet Stulecia Powstania Listopadowego celem wzięcia udziału w uroczystościach.

3. Kol. Prezes odczytał list przysłany do T-wa od córki ś. p. prof. Noiszewskiego z podziękowaniem za uczczenie na Posiedzeniu T-wa Lekarskiego pamięci Zmarłego.

4. Kol. L. Karwacki:

Epidemia duru rzekomego C w oddziale wojskowym (streszczenie własne).

Prelegent wygłosił odczyt w imieniu swoich współpracowników Ewy Rajewskiej, Władysława Kalinowskiego, Stanisława Marczewskiego, Zygmunta Krzyczkowskiego, Benjamina Cejtlina i Jana Gajka. Epidemia ogarnęła 93 szeregowych, pochodzenie jej było, prawdopodobnie, natury pokarmowej.

Pod względem przebiegu klinicznego, obraz chorobowy u wszystkich miał cechy duru poronnego, nie spotykano wcale zespołu ostrego nieżytu żołądka i kiszek.

Od chorych wyhodowano 39 szczepów duru rzekomego C: 9 — ze krwi, 18 — z żółci, 3 — z moczu, 9 — z kału.

Interesujący jest odczyn zlepnikowy chorych i cechy serologiczne prątków, zbliżające je więcej do prątków duru rzekomego A, niż do prątków duru rzekomego B, z którym znowu są identyczne pod względem działania na wodany węgiel.

Po upływie roku prątki straciły wrażliwość na aglutyniny para C i aglutynują się obecnie, jak prątki para B.

W dyskusji:

Kol. Szulc (streszczenie własne) podkreśla niezmierną wagę tego rodzaju badań, dokładnie przeprowadzonych, dla sprawy zwalczania chorób zakaźnych wogóle. Szczegół niezmierznie ważny jest to sprawa nosicielstwa, na którą zanadto może jesteśmy nastawieni. Bumke w Spaa przeprowadził szereg obserwacji co do nosicielstwa durowego i paradurowego i stwierdził, że nosicielstwo często nie występuje odrazu, lecz zjawia się dopiero po 2 — 3, nieraz po 5-ciu miesiącach. Byłby to fakt ciekawy, gdyby można było uzyskać dane w omawianej epidemii, czy po pewnym czasie nosicielstwo wystąpiło. Gdyby się po-

twierdził fakt, że, po przebyciu tego typu zakażenia, niema nosicielstwa, byłoby to znacznem ułatwieniem w walce z zakażeniami tego typu.

Kol. Gluziński zapytuje w jakiej porze roku wybuchła epidemia w oddz. wojskowym i czy nie była spowodowana spożyciem złego mięsa; mówca zwraca uwagę, czy słuszne jest kliniczne wyodrębnianie, oprócz paraduru A i B, jeszcze paraduru C, czy nie należałoby uważać to raczej, jako endemję ograniczoną i nazwać *botulismus infectiosus* z prątkami.

Kol. L. Karwacki. Prątki rzekomo-durowe C specjalnie nadają się do stwierdzenia nosicielstwa, gdyż paradurowe B. w niewielkiej ilości znalezione, nie mają prawie żadnego znaczenia, albowiem szybko tracą zdolność życiową, łatwo mogą dostać się do przewodu pokarmowego i wykrycie ich o niczem nie świadczy. Mówca jest pewny, że w znalezionem w Spaa nosicielstwie przydurzę rzekomym, chodziło w 50% o pałeczki paraduru B. Co do *botulismus infect.*, to obraz tej jednostki chorobowej nie odpowiada wyżej przedstawionemu; *botulismus infect.* jest ściśle określoną jednostką chorobową, wywołaną przez prątek beztlenowy. Określenie paraduru C daje pewne znaczenie prognostyczne i epidemjologiczne.

#### 5. S. Cytronberg:

„Badania doświadczalne nad czynnością wydzielniczą i chłonną jelita cienkiego“. Doniesienie III. Wpływ niektórych hormonów na ilość i jakość wydzieliny jelitowej. (Streszczenie własne).

Prelegent przeprowadził na psach z przetoką Thiry-Vella jelita cienkiego, szereg doświadczeń nad wpływem różnych hormonów na ilość i jakość wydzieliny jelitowej. Przed przystąpieniem do właściwych doświadczeń, prelegent badał przebieg wydzielania jelitowego w razie niestosowania żadnych bodźców (z wyjątkiem niezbędnego zgłębnikowania pętli jelitowej), oraz po zastosowaniu bodźców o znanem działaniu, mianowicie: pilokarpiny i atropiny. Po przekonaniu się, że oddziaływanie zwierząt na te bodźce odpowiada w zupełności dawniejszym spostrzeżeniom innych badaczy, prelegent badał kolejno oddziaływanie wydzielania jelitowego na 1) adrenalinę, 2) hipofizynę, 3) insulinę, 4) tyreoidynę i 5) na różne inne hormony (wyciągi z jąder, jajników, gruczołu przytarczycowego i t. d.

Wyniki jego dadzą się streścić, jak następuje:

1) adrenalina powoduje zmniejszenie się ogólnej ilości soku jelitowego, a zwłaszcza jego części płynnej. Natomiast zawartość składników sformowanych stosunkowo wzrasta. Wzrasta także ogólne stężenie części płynnej soku jelitowego, mierzone przy pomocy wskaźnika refraktometrycznego (n), lepkość i stężenie chloru, podczas gdy napięcie powierzchniowe (s), pH i zasób zasad ulegają zmniejszeniu;

2) hipofizyna wywiera naogół działanie słabsze, niż adrenalina. Stwierdza się nieznaczne i stosunkowo krótkotrwałe zmniej-

szenie się ogólnej ilości soku jelitowego oraz zawartości składników sformowanych;

3) insulina wywołuje wyraźne zwiększenie się ilości płynnej części soku, nap. pow., pH i zasobu zasad. Natomiast zawartość składników sformowanych, ciężar właściwy, wskaźnik refraktometryczny, lepkość i stężenie chloru ulegają zmniejszeniu. Atropina przeważnie przeciwdziała insulinie;

4) tyreoidyna działa niejednakowo, mianowicie, czasami stwierdza się zwiększenie ilości soku, czasami znów zmniejszenie się. Wydaje się, że tyreoidyna powoduje zmniejszenie się napięcia powierzchniowego wydzieliny jelitowej;

5) działanie innych badanych hormonów jest bardzo niejednolite i trudno ustalić w tej mierze jakiekolwiek uogólniające prawidła.

#### W d y s k u s j i:

Kol. Orłowski: Badania, które nam przedstawił prelegent, są bardzo interesujące i wzbogaciły dotychczasowe nasze wiadomości. Mówca jednakże jest zdania, iż w tych badaniach nie uwzględniono jednej rzeczy, a mianowicie, ilości soku jelitowego, to jest wyniku działania 2-ch czynników: z jednej strony działania wydzielniczego hormonu, z drugiej, działania hormonu na czynność ruchową jelita. Tej czynności ruchowej nie można nie uwzględniać, jeżeli się mówi o ilości soku, zwłaszcza w tych przypadkach, kiedy hormony działają na czynność ruchową. A takie działanie ma adrenalina i hipofizyna. Może to nic nie zmienić w wynikach ostatecznych, ale dla dokładności należy ten czynnik uwzględnić.

Kol. Sawicki zapytuje, czy wyodrębnione pętle jelitowe pochodziły z tego samego odcinka jelita; jest to ważne, gdyż poszczególne odcinki jelita cienkiego różnią się pod względem ilości i jakości wydzieliny.

Kol. Semerau-Siemianowski zapytuje, czy stosowanie 2 mgr. atropiny podczas działania insuliny było dawką dostateczną, mającą istotnie wykazać antagonizm insulina-atropina.

Kol. Szulc zwraca uwagę na możliwość, iż działanie insuliny z jednej strony na stężenie cukru we krwi, a z drugiej na wydzielanie soku żołądkowego da się objaśnić tem, iż insulina nie jest ciałem chemicznie jednolitem i że działają tu różne składniki insuliny.

Prelegent w odpowiedzi prof. Orłowskiemu, zaznacza, że przy jego metodzie zgłębnikowania cały sok, wydzielany w ciągu danego okresu czasu przez pętlę wyodrębnioną, wycieka nazewnątrz i to niezależnie od większego lub mniejszego natężenia czynności ruchowej pętli. Prof. Sawickiemu prelegent odpowiada, że pętle wyodrębnione pochodziły z tej samej części jelita cienkiego, mianowicie, ze średniego odcinka jelita czczego. Pozatem długość pęteli była mniej więcej jednakowa.

Na zapytanie prof. S. Siemianowskiego prelegent odpowiada, że podczas działania insuliny wstrzykiwano dawki atropiny dosta-

teczne, by wywołać pełny obraz działania atropiny. Prelegent zaznacza w odpowiedzi kol. Szulcowi, iż w zupełności uznaje możliwość, że działanie wielostronne insuliny jest spowodowane przez różne jej składniki. W każdym razie podkreślić można już teraz dwojaki mechanizm działania insuliny: 1) jej działanie na układ przywspółczulny i 2) na drodze humoralnej.

Prezes: *Witold Orłowski*

Zast. Sekretarz Dorocznego: *Wł. Kosiński*

---

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

wspólnego

ze **Związkiem Lekarzy Słowiańskich w Polsce**

**z dnia 9 grudnia 1930 r.**

Początek o godz. 8-ej punktualnie.

Obecnych członków T-wa 45, wprowadzonych gości 17.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 25 list. — przyjęto.

2. Kol. **W. Łapiński** (streszczenie własne), — w zastępstwie prof. Gluzińskiego — przedstawił krótki zarys historyczny rozwoju stosunków lekarskich, wszechsłowiańskich, poczynając od Międzynarodowego Zjazdu w Paryżu w r. 1900, na którym obecni lekarze słowiańscy postanowili założyć Związek Lekarzy Słowian. Z kolei **Łapiński** wspomniał o udziale lekarzy słowian na zjazdach lekarskich w Pradze, w Krakowie, w Petersburgu i wreszcie w Sofji (1910), gdy statutowo został zorganizowany Komitet Lekarski Słowiański z siedzibą w Pradze; prezesem Komitetu był prof. B. Wicherkiwicz z Krakowa. W skład Komitetu wchodziły komitety narodowe w liczbie ośmiu.

Wielka wojna przerwała prace Komitetu i dopiero w r. 1925 z nową inicjatywą wystąpiło Towarzystwo Lekarskie Jugosłowiańskie z prezesem Dr. M. Ivković'em na czele, który zwrócił się do towarzystw lekarskich na ziemiach słowiańskich z zaproszeniem na Zjazd Lekarski do Dubrownika, a jednym z głównych punktów porządku dziennego była sprawa założenia Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie po otrzymaniu zaproszenia — działając w porozumieniu z czynnikami rządowymi (Min.

Spr. Zagr., Min. Wyzn. Rel. i O. P., oraz Min. Spr. Wewn.) — postanowiło zorganizować wycieczkę lekarzy polskich do Jugosławii i podczas Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Warszawie (lipiec 1925) zwołało zebranie delegatów wydziałów lekarskich, na którym omówiono całą sprawę. Ostatecznie na Zjazd do Dubrownika we wrześniu 1925 r. udała się z Polski delegacja, złożona z 6-ciu osób (A. Gluziński, B. Jakimiak, A. Jurasz, A. Karwowski, W. Łapiński i W. Szumlański).

Ł. omówił Zjazd w Dubrowniku i jego nastroje oraz uchwałę założenia Wszechsłowiańskiego Związku lekarskiego, dalej zdał sprawozdanie ze Zjazdu Towarzystwa Lekarsk. Jugosłowiańskiego (wrzesień 1926 r.) i zebrania delegatów w Pradze (grudzień 1926 r.), na których postanowiono zwołać I-szy Wszechsłowiański Zjazd Lekarzy w Warszawie. Wreszcie przypomniał prace przygotowawcze i I szy Zjazd w Warszawie (maj 1927 r.); na tym zjeździe została ostatecznie ukończona organizacja Związku.

W dalszym ciągu swego referatu Ł. omówił II-gi Wszechsłowiański Zjazd w Pradze (maj 1928) i III-ci w Splicie w październiku 1930 r. oraz zdał sprawę z działalności dotychczasowej i zamierzeń Komitetu Centralnego Związku na przyszłość, jak oto: przyjęcie do Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego, jako sekcji Wszechsłowiańskiej, organizacji medyków, uchwała, aby już założone lub mogące powstać w przyszłości, Wszechsłowiańskie T-wa Lekarskie specjalne (chirurgów, dermatologów, rentgenologów i t. p.) tworzyły specjalne sekcje naukowe zjazdów Wszechsłowiańskich, wreszcie Ł. dał szczegółowy zarys projektów wydawnictw wszechsłowiańskich, lekarskich (Przegląd Bibliograficzny w języku francuskim, ew. Acta medica slavica, słowniki i t. p.), podkreślając związane z tymi projektami trudności redakcyjne i wydawniczo-finansowe.

3. Kol. B. Sawicki zdaje sprawozdanie ze Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Splicie oraz z wycieczki po Jugosławii, która to wycieczka poprzedzała i kończyła Zjazd. Lekarze polscy i czescy zjechali się 2 października w Zagrzebiu, skąd kolejną udali się do Susaku. Następnie popłynęli statkami do Splitu, zatrzymując się po drodze w Crikvenicy, Rab i Sibeniku, gdzie byli witani owacyjnie przez publiczność i władze. Zjazd w Splicie trwał 4 dni i zgromadził około 170 Czechów, około 300 Polaków i około 200 Jugosłowian. Zgłoszono 185 odczytów, które podzielono na 5 sekcji. Poza tym wygłoszono 2 ogólne tematy: reumatyzm, klimatoterapia morza i położenie lekarza na ziemiach słowiańskich. Największe zainteresowanie wzbudziły odczyty o reumatyzmie i bąblowcu; to ostatnie cierpienie jest bardzo rozpowszechnione w Jugosławii. Uczestnicy Zjazdu w powrotnej drodze zwiedzili jeszcze Dubrownik, Kotar, Cetynję, Serajewo i Białogród, wszędzie gościnnie i nader serdecznie podejmowani.

4. Kol. C. Wroczyński wygłosił odczyt p. t.

„Organizacja służby zdrowia w Jugosławii”

Rozwój służby zdrowia w Jugosławji w ostatniem dziesięcioleciu jest najlepszym dowodem, jakie wyniki osiągnąć można drogą celowej i przemyślanej polityki sanitarnej. Najważniejszymi zagadnieniami służby zdrowia w Jugosławji są: malarja, dziesiątkująca ludność Macedonji i pobraża Adriatyku, ostre choroby zakaźne, bardzo niski poziom kultury ludności rolniczej z jego wszystkimi konsekwencjami. Przed wojną, aparat służby zdrowia, prowadzony przez państwo, składał się tylko z lekarzy powiatowych t. zn. sreskich (powiat, srez) i wojewódzkich t. zw. „żupańskich”.

Rząd Jugosłowiański zaopatrzył się przede wszystkim w wielkie zapasy materiałów sanitarnych, a więc baraków deckerowskich, urządzeń szpitalnych, urządzeń laboratoryjnych, bibliotek fachowych, samochodów sanitarnych i t. p. Materiały te uzyskano, jako kwoty reparacyjne od Niemiec. Ministerstwo zdrowia publicznego oparło nową organizację służby zdrowia nie na lekarzach powiatowych i wojewódzkich, lecz stworzyło specjalny aparat wykonawczy. Na czele tego aparatu stanął dyrektor departamentu higieny, Dr. Andrija Stampar, który przede wszystkim zdobył odpowiedni personel lekarski, odpowiednio wyszkolony, wysyłając po kilkudziesięciu lekarzy rocznie na specjalne studia zagranicę. Centralny zakład higieny, przez niego zorganizowany w Belgradzie, stanowi naczelny organ kierowniczy. Na terenie Jugosławji stworzono dziewięć zakładów higieny okręgowych t. j. żupańskich (wojewódzkich). Zakładom tym podlegają organizacje terytorjalne całej sieci ośrodków zdrowia, poradni przeciwmalarycznych i innych, domów zdrowia, wzorowych wiosek i t. d. W ten sposób powstał państwowy aparat służby zdrowia, prowadzony przez lekarzy pełnopłatnych, nie zajmujących się praktyką prywatną, odpowiednio uposażonych. Wyniki pracy osiągnięto niezwykle, szczególnie w dziedzinie malarji, gdyż w niektórych miejscowościach zmniejszono zapadalność i umieralność o 90%. Między innemi miałem możność stwierdzenia osobiście tych faktów na wyspie Krk, gdzie ludność kilkakrotnie w ciągu ostatniego stulecia wymierała na malarję i gdzie obecnie, dzięki technice sanitarnej, zniszczono legowiska widliszków. Legowiska te znajdowały się w postaci t. zw. lochw t. j. zbiorników wody deszczowej, przeznaczonej do użytku domowego w miejscowościach górskich, gdzie brak jest wody gruntowej. Stosowano tam t. zw. perrolage, t. j. okresowe polewanie powierzchni wód olejami mineralnymi, posypywanie proszkiem arsenikalnym (paris green) oraz hodowle rybek meksykańskich, żywiących się larwami, t. zw. gambusia affinis rodzaju vivipara, co było możliwe ze względów klimatycznych.

Podczas zjazdu w Splicie, z okazji wycieczek, mieliśmy możność zwiedzenia centralnego zakładu higieny w Zagrzebiu, szkoły higieny w Zagrzebiu, zakładu w Splicie oraz poliklinik szkolnych w tych miejscowościach. Typowym zakładem rejonowym (żupańskim) jest zakład w Zagrzebiu, wybudowany według nowoczesnych wymagań oraz posiadający działy: techniki sanitarnej, bakterjologii i epidemiologii, parazytologii, chemji farmaceutycznej i chemji produktów żywności, demografji i pomiarów antropometrycznych, me-

dycyny społecznej, propagandy higieny, wyrobu surowic i szczepionek. Zakład ten kieruje całą organizacją służby zdrowia Chorwacji i Dalmacji. Dział techniki sanitarnej urządził już kilkanaście wzorowych wiosek, w których przy pomocy państwa, lecz kosztem miejscowej ludności w 80%, przeprowadzono zupełne uzdrowienie osiedli poczynając od uporządkowania ulic, osuszenia błot aż do radykalnej zmiany mieszkaniowej, przez usunięcie inwentarza z domów, żyjącego wspólnie z ludźmi, racjonalne ujęcie zagród włościańskich, wybudowanie ustępów i studni.

Cała ta akcja została entuzjastycznie przyjęta przez miejscową ludność, a przykład tych wzorowych osiedli działa zaraźliwie na okoliczne wioski. Prowadzona jest odpowiednia propaganda higieny drogą pogadanek, odczytów i filmów, wyprodukowanych przez zakład w Zagrzebiu. Istniejąca przy zakładzie szkoła higieny kształci nie tylko lekarzy, lecz posiada sześciomiesięczne kursy dla chłopców, na których wykładane są przede wszystkim przedmioty, dotyczące gospodarstwa wiejskiego. Pozatem zaś wszędzie, nawiązując do tematów praktycznych, wykazywane jest całe znaczenie zagadnień higienicznych. Dr Stampar uważa, że higiena nie jest abstrakcją, lecz nauką kulturalnego życia, którego podstawą jest zdrowie. Nie będę poruszał szczegółów działania innych działów zakładu w Zagrzebiu, gdyż są one zresztą zupełnie podobne do naszego Państwowego Zakładu Higieny. Wspomnę tylko z całym naciskiem, że zakład kieruje całą pracą terenową i że podporządkowaną jest mu również szkoła pielęgniarstwa. Bardzo ciekawe organizacje stanowią polikliniki szkolne, będące ambulatoriami dla dzieci szkolnych, przeprowadzające szczegółowe badania i pomiary dzieci, jak również lecznictwo, usuwanie wad fizycznych i opiekę nad zdrowiem tych dzieci, które nie posiadają zapewnionej przez rodziców pomocy lekarskiej. Poliklinik takich istnieje już w Jugosławii kilkadziesiąt. Przy poliklinikach znajdują się kąpieliska dziecięce (natryski) oraz stacje dożywiania dzieci.

W ten sposób zorganizowane są i inne zakłady higieny, jak w Niszu, w Skoplje i t. d. ale naturalnie, że na znacznie mniejszą skalę, niż Instytut w Zagrzebiu, posiadający szkołę higieny, szkołę pielęgniarstwa i dział wyrobu surowic i szczepionek, obsługujący całą Jugosławję.

Organizacja służby zdrowia w Jugosławii posiada więc, oprócz zwykłego aparatu służby zdrowia, istniejącego przy władzach administracyjnych, wielki specjalny aparat wykonawczy, oparty na wspomnianych powyżej zakładach higieny, rozporządzający wielkimi środkami. Nadmienić należy, że budżet państwowej służby zdrowia wynosi około 35.000.000 złp. przy 12.000.000 ludności, podczas gdy w Polsce przy 30.000.000 zaludnienia, budżet Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, nie licząc kosztów leczenia pracowników państwowych, nie przekracza 10.000.000 złp.

5. Kol. B. Jakimiak przedstawił

„Ogólny pogląd na Zjazdy Lekarzy Słowiańskich i ich znaczenie“ (streszczenie własne).

Właściwy tytuł dzisiejszego mego sprawozdania miał być „Pogląd na działalność dotychczasową Związku Lekarzy Słowiańskich i projekty na przyszłość, ponieważ jednak główna czynność Związku Lekarzy Słowiańskich ograniczała się do Zjazdów Lekarzy Słowiańskich, stąd tytuł, umieszczony w zawiadomieniach (ogólny pogląd na zjazdy i ich znaczenie). Działalność Związku Lekarzy Słowiańskich i znaczenie zjazdów wynikają z zadań Związku, ujętych w statutach 1) ogólnego międzynarodowego, „Statutu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy” i 2) statutu krajowego „Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce”. Cele Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy wypływają ze statutu, który jako cel Związku wymienia:

a) Zjednoczenie lekarzy wszystkich narodowości słowiańskich na polu ich naukowej, zawodowej i społecznej działalności.

b) Rozwijanie i popieranie wszelkiej inicjatywy, zmierzającej do wytworzenia podstaw niezależności wszystkich narodów słowiańskich w dziedzinie kultury i oświaty.

c) Osiągnięcie ideału jedności słowiańskiej i wzajemnego porozumienia.

Cele te zaś osiąga się (§ 2) przez:

a) Urządzanie Wszechsłowiańskich Zjazdów Lekarskich, które będą się zajmowały zagadnieniami naukowymi i zdrowotności publicznej, obchodzącymi cały wszechsłowiański stan lekarski.

b) Wzajemne odwiedzanie krajów słowiańskich przez poszczególne organizacje lekarskie.

c) Wydawanie organu prasowego W. Z. L., celem ogłaszania prac naukowych, referatów, rozpraw i t. d., lekarzy słowiańskich.

d) udział profesorów i lektorów-gości na słowiańskich wydziałach lekarskich.

e) propagowanie prac lekarzy słowiańskich i ich zdobyczy wśród świata lekarskiego **n i e s ł o w i a ń s k i e g o**.

f) badanie i popieranie słowiańskich wód leczniczych i uzdrowisk.

g) studja nad słowiańską terminologją lekarską z uwzględnieniem odnośnego materiału we wszystkich krajach słowiańskich.

h) jednolite występowanie słowian w zasadniczych zewnętrznych sprawach na zjazdach międzynarodowych.

i) współpraca i wytwarzanie łączności z wszechsłowiańskimi organizacjami kulturalnymi, mającymi na celu zachowanie praw narodów słowiańskich i jednomyślność między słowianami.

Takie są zadania Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy, nadesłane w statucie. Związki poszczególnych krajów, według § 12, działają na podstawie własnych statutów. Związek Lekarzy Słowiańskich w Polsce działa na podstawie własnego statutu, zatwierdzonego 11 marca 1927 r., zadania zaś jego są przewidziane w § 1, w którym obok celów wymienionych w statucie ogólnym Wszechsłowiańskiego Zw. Lek., w punkcie 6-tym, **m a z a c h ę c a ć m ł o d z i e ż**, aby, udając się na studja zagranicę, nie pomijała słowiańskich uniwersytetów i innych naukowo-lekarskich instytucji.

Z zadań, wymienionych w obu statutach, Związek Lek. Słow. w Polsce mógł zrealizować tylko urządzenie zjazdów lekarzy słowiańskich, które przyczyniły się w znacznym stopniu do spełnienia innych zadań związku, jak wzajemne odwiedzanie Krajów Słowiańskich, badanie wód leczniczych i uzdrowisk i jednolite występowanie Słowian w zasadniczych, zewnętrznych sprawach na Zjazdach międzynarodowych.

Urządzanie zjazdów w rozmaitych Krajach Słowiańskich przyczyniło się do zapoznawania się przez innych słowian z kulturą danego narodu słowiańskiego.

Pierwszy Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Warszawie w maju 1927 r., na którym był założony Wszechsłowiański Związek Lekarzy, dał możność przeszło dwustu osobom inteligencji słowiańskiej, uczestnikom Zjazdu, poznać nie tylko naszą stolicę i inne miasta polskie, lecz nasze muzea, teatr i wiele rzeczy z tych, które świadczą o kulturze narodu. Należy wyraźnie stwierdzić, że przed naszymi Zjazdami nie znano nas w Słowiańszczyźnie, a specjalnie w Słowiańszczyźnie południowej. Synowie tych narodów kształcili się na uniwersytetach austriackich, czeskich i rosyjskich, a bardzo niewielu w polskich Uniwersytetach w b. Galicji. Tę nieznaną nas i niedocenianie naszej wagi w słowiańszczyźnie stwierdziliśmy przy pierwszym naszym zetknięciu się w roku 1925, kiedy jako delegaci Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i innych Towarzystw i uniwersytetów udaliśmy się na zaproszenie Prezesa Związku Lekarzy Słowiańskich Dra Ivković'a do Dubrownika, na Zjazd lekarzy jugosłowiańskich. Pod koniec jednak naszego pobytu w Dubrowniku 1925 r. i po kilku konferencjach, zaczęliśmy odgrywać rolę należną nam w Słowiańszczyźnie, jako jednemu z największych narodów słowiańskich z bogatą przeszłością historyczną i kulturalną. Po następnej naszej bytności w Belgradzie znaczenie nasze jeszcze wzrosło, Zjazd zaś w Warszawie w 1927 r. dał nam pełny wyraz tego uznania i podziwu dla naszej kultury i przeszłości, o której większość uczestników niewiele wiedziała, jak i my niewiele wiedzieliśmy o nich. Trzy odjeżdże i pożegnaniu wielu z tych, którzy nas najmniej znali i najkrytyczniej byli usposobieni względem Polaków, płakali ze wzruszenia rzewnymi łzami. Inni wyrażali dumę, że należą do takiej rasy (słowiańskiej), której członkiem jest naród o tak wysokiej pod każdym względem kulturze, jak naród polski.

Podobne rezultaty dały następne zjazdy w Pradze Czeskiej i tegoroczny Zjazd w Splicie, połączony ze zwiedzeniem całego szeregu miejscowości Jugosławji. To zwiedzanie było pochodem tryumfalnym, który zgotowało społeczeństwo jugosłowiańskie swoim gościom słowiańskim z Polski i Czechosłowacji. Zwiedzając rozmaite miejscowości tego pięknego i nadzwyczaj ciekawego kraju, stykając się z pięknym, dorodnym, uprzejmym, grzecznym i inteligentnym ludem czy to Chorwacji czy Dalmacji, Słowenji, Czarnogórze, Hercegowiny, Bośni czy Serbji, wielu z uczestników naszych z zachwytem podziwiała zabytki różnorodnej, lecz starej kultury.

A pod wpływem tego, co widzieli, zapewne sprostowali niejedno błędne, a może często i krzywdzące, pojęcie o kraju i jego mieszkańcach. Możemy z całą pewnością stwierdzić, że to zadanie Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy, Związek spełnia należycie. Zostało też spełnione inne zadanie Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy, to jest jednolite występowanie Słowian w zasadniczych, zewnętrznych sprawach na zjazdach międzynarodowych. Takiemu właśnie wystąpieniu na międzynarodowym zjeździe chirurgów w Warszawie, odbytym 1929 r., należy zawdzięczać, że język słowiański został zaliczony do języków międzynarodowych w Międzynarodowym Towarzystwie Chirurgów, a na najbliższym zjeździe w Madrycie tym językiem słowiańskim będzie język polski. Wszystkie więc prace słowiańskie, zgłoszone na ten Zjazd, powinny być po polsku drukowane a streszczenia wszystkich prac muszą być obok angielskiego, francuskiego, hiszpańskiego, niemieckiego i włoskiego, drukowane również w języku polskim. Jest to duże zwycięstwo moralne.

Gorzej jest ze spełnieniem innych zadań a przede wszystkim jednego z najważniejszych, to propagowanie prac lekarzy słowiańskich i ich zdobyczy wśród świata lekarskiego niesłowiańskiego. Komitet Centralny poświęcił dużo czasu tej sprawie i zdecydował wydawać w języku francuskim streszczenia wszystkich prac lekarzy słowiańskich na wzór przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego, wydawanego przez Towarzystwo Lekarskie. Każdy kraj miał ponosić wydatki za swój dział, a wszystko ma stanowić jedno wydawnictwo Acta Slavica czy Revue Slave. Wydawnictwo takie jest kosztowne (przeszło 27.000 złotych dział polski), a Związek, bez subsydjów z sum propagandowych, wydatku tego nie jest w stanie pokryć. Mielśmy na naradzie międzyministerjalnej pieniądze obiecane, obietnica została parokrotnie powtarzana i tylko jedno Ministerstwo Wyznań Rel. i Ośw. Publ. przyznało i dało zasiłek (w sumie przeszło 9.000 zł.), inne obecne na naradzie Ministerstwa, z braku funduszy, nic nie dały. To więc bardzo ważne zadanie spełnione dotychczas nie jest. Inne zadania są łatwiejsze do spełnienia. Do takich należy udział profesorów i lekarzy, gości na słowiańskich wydziałach lekarskich i zachęcanie młodzieży, aby, udając się na studia zagraniczne, nie pomijała słowiańskich uniwersytetów. Do spełnienia pierwszego zadania, są powołane wydziały lekarskie, które powinny dążyć do tego, żeby profesorowie nawzajem odwiedzali kraje słowiańskie i tam mieli wykłady.

Co do studjowania przez młodzież słowiańską w obcych uniwersytetach słowiańskich, jest to bardzo ważna sprawa w sensie propagandy i wzajemnego poznawania się. Wszędzie są wybitne siły profesorskie, których wykłady mogą być z pożytkiem słuchane przez młodzież pobratymczą. Należałoby tylko dążyć do wzajemności uniwersyteckiej, t. j. że semestr, czy rok studjów na jednym z uniwersytetów słowiańskich obcych byłby zaliczany do studjów tak, jak gdyby był słuchany w kraju. Taby dało możność młodzieży słowiańskiej studjować na uniwersytetach słowiańskich obcych.

Dla zbliżenia młodzieży słowiańskiej i zastąpienia nas starszych został założony związek medyków słowiańskich.

Byłoby też ważnem wprowadzenie nauki języków słowiańskich w naszych szkołach średnich. Dr Ivković komunikował mi, że w Jugosławji tę myśl przeprowadzają i w ten sposób przygotowują zastęp inteligencji, która umiałaby obce języki słowiańskie, co może tylko sprzyjać poznaniu się i coraz większemu zbliżeniu i wzajemnej obronie przeciwko wrogom słowiańszczyzny.

Należy jeszcze zaznaczyć, że tegoroczny Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Jugosławji wywołał bardzo żywy odgłos w prasie jugosłowiańskiej, która umieszczała bardzo obszerne sprawozdania i artykuły o Polsce.

6. Kol. Prezes odczytał list Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci zmarłych członków służby zdrowia, poległych za Ojczyznę, zaznajamiający z postępem prac nad budową pomnika.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 30.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO

**z dnia 16 grudnia 1930 r.**

Obecných członków T-wa 24, wprowadzonych gości 24.

Początek o godz. 8-ej punktualnie.

1. Protokół z dnia 9.XII. 1930 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły prac, nadesłanych do Towarzystwa:

*Birzowski.* Uwagi ogólne o racjonalizacji lecznictwa Kasy Chorych. 1930.

*Bouckaert et Noyons.* Diminution du métabolisme basal sous l'influence du tartrate d'ergotamine. 1926.

*Brenneisen.* Higiena zębów i jamy ustnej. 1930.

*Cytronberg.* Fizjologja, patologja i klinika przewodu pokarmowego w świetle poglądów chemji fizycznej. 1929.

*Czyżewski.* Coramina „Ciba“ w chirurgji. 1929.

*Glück.* Syfilis. 1930.

*Ide.* Ergot et Hypophysine. 1925.

*Kessler.* Kilka uwag w sprawie leczenia zapaleń dróg moczowych. 1929.

K o m o c k i. Ueber die Bildung von Erythrocyten aus den Hämatoblasten im Blute von Amphiuma means und Batrachoseps attenuatus Esch. 1930.

K o m o c k i. Zum Streit zwischen den Anhängern der Ehrlich'schen Technik bei den hämatologischen Untersuchungen und ihren Gegnern. 1930.

K o m o c k i. Jeszcze jeden przypadek guza siateczkowatego (Reticuloma). 1930.

K u c h a r s k i. Neptal, jako środek moczopędny.

N a r c i s o e t d a M a t a. Climat de la côte du soleil. 1930.

U t e r. Beiträge zur Gynergenmedikation. 1929.

Sprawozdanie Polskiego Towarzystwa Eugenicznego za czas od 1.IV.1929 do 1.IV.1930 r.

Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w roku akademickim 1929/1930 r.

Sprawozdanie z działalności Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie w roku akademickim 1929/1930.

Dziennik Urzędowy Izby Lekarskich. R. 1930. Nr. 5, 6.

Kronika Izby Lekarskiej Lwowskiej. R. 1930. Nr. 11.

Echa Uzdrowiskowe. R. 1930. Nr. 1, 2.

Frankfurter Zeitschrift für Pathologie. Tom 4, zesz. 1, tom 24, zesz. 2, 3.

Endokrinologie. Tom VI, r. 1930.

Pulsrezorator w/g D-ra Goldschmidta, podał Dr. Grodzieński. Nowoczesne aparaty elektromedyczne i rentgenowskie.

3. Kol. M. Goldbaum wygłosił odczyt p. t.:

„Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem goścćca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi cutivacciny Paul'a (z pokazem chorych). (Streszczenie własne).

Prelegent zaczął swój wykład od przedstawienia 4-ch chorych, leczonych z zupełnem powodzeniem szczepionką Paul'a w Warszawskiej Kasie Chorych. Pominawszy dla braku czasu całą teorię goścćca i dny, coraz lepiej znane, poruszył prelegent tylko pokrótce sprawę klasyfikacji goścćca, jako sprawy niezmiernie doniosłej w nauce, gdyż wszelka klasyfikacja chorób, pozostając w ścisłym związku z ich patogenezą, posiada wielką doniosłość pod względem rokowania i leczenia.

Prelegent przedstawia się wszelkim próbom utworzenia klasyfikacji nowej, bardziej złożonej, niż dotychczas przyjęta — acz niezupełnie zadawalająca — ponieważ dotąd nic pewnego o istocie goścćca nie wiemy. Dopiero przyszłe badania, oparte na systematycznej zbiorowej pracy wszystkich krajów, mogą rzucić jasne światło na tę sprawę.

Materiał omówiony przez prelegenta, składał się z *polyarthrititis rheumatica chronica*, *arthrititis urica*, *arthrititis deformans*,

*myalgji, ischias, omarthritis, polyneuritis postdiphtherica, neuritis n. ulnaris postanginosa, neuralgja n. trigemini, neur. intercostalis i tabes dorsalis.*

Ogółem autor osiągnął na 309 przypadków—15% wyleczeń, 77% znacznych popraw i 8% pozostało bez poprawy. Przypadków z przedwcześnie przerwanem leczeniem (52 przyp.) prelegent nie wziął wcale pod uwagę.

Wyliczywszy główne prace z piśmiennictwa obcego i wszystkie, jakie się ukazały w języku polskim (wszystkie w Warszawie), prelegent podniósł wielką skuteczność i zarazem zupełną nieszkodliwość szczepionki Paul'a, której regeneracyjne działanie rozciąga się i na zwierzęta. Kilka poważnych prac lekarzy weterynaryjnych z Wiednia ukazało się ostatnio w druku.

#### 4. Dyskusja.

Kol. Filiński. W związku z odczytem wspomina okres z przed laty dziesięciu, w którym szeroko stosowano leczenie bodźcowe przy bardzo licznych cierpieniach. Leczenie cutivacciną należy rozpatrywać, jako odmianę leczenia bodźcowego. Mówca wspomina o badaniach własnych, tyjących zachowania się morfologicznego obrazu krwi w związku z leczeniem bodźcowem. Zgodnie z mechanizmem działania środków bodźcowych, po pierwszym zastosowaniu powinno wystąpić pogorszenie sprawy miejscowej; prelegent zaś w swoich przypadkach objawu tego wielokrotnie nie spostrzegł.

Kol. Chmielewski uważa, iż prelegent zapatruje się na działanie cutivaccin'y zbyt optymistycznie. Istnieje znaczna liczba przypadków, które tego rodzaju leczeniu się nie poddają. Przypadki takie są opisane w literaturze obcej. Mówca również ma w swej obserwacji dość liczne niepowodzenia. Bardzo często poprawa u chorych występuje w związku z porą roku. Mówca uważa, iż jedynym składnikiem działającym cutivaccin'y jest tuberculo-mucyna. Obecnie należy już nie wysuwać na pierwszy plan przypadków, uwieńczonych powodzeniem, należy raczej zwrócić uwagę na przypadki, oporne na lecznicze działanie szczepionki i przyczynę tej oporności poddać zbadaniu. Ważną jest opinia klinik: jeden przypadek klinicznie opracowany wart jest więcej, niż znaczna liczba ambulatoryjnych.

Kol. W. Orłowski. Słusznie kol. Filiński stwierdza związek z leczeniem bodźcowem. Mówca zaś, słuchając wywodów prelegenta, nie może się oprzeć narzucającej się analogii z wynikami leczenia, podawanymi przez znachorów. Ambulatorjum bowiem, gdzie odgrywa rolę wzajemna sugestia chorych oraz ze strony lekarza, nie nadaje się do przeprowadzenia tego rodzaju badań. Pozatem chorzy, jak to widać z historii chorób, otrzymywali leczenie pomocnicze w postaci atofanu, diuretyny, diplosalu, veramonu i innych. Istnieje dość często rozbieżność pomiędzy danymi, przytoczonymi przez prelegenta, a zawartymi w historiach chorób oraz podawanymi przez samych chorych. Na jakich danych prelegent opiera rozpoznanie swoich 27 przypadków „czystej skazy moczanowej”? W warunkach pracy prelegenta stawianie

ścisłych rozpoznania jest niemożliwe. Co się tyczy opinii klinik, to w obecnym czasie, przy zbyt małej ilości łóżek, jaką posiadają kliniki, jest niepodobieństwem przeprowadzanie badań chorych z przewlekłymi cierpieniami stawowymi. Stanie się to możliwe dopiero po uruchomieniu specjalnych oddziałów dla tego rodzaju chorych, które będą podporządkowane klinikom wewnętrznym uniwersytetów.

Kol. Goldbaum. To, że cutivaccina oparta jest na leczeniu bodźcowem, schodzącym obecnie z widowni, nie może dyskwalifikować leczenia cutivaccin'ą. Najbardziej miarodajną jest wymowa faktów, które są oczywiste. Środki kojące ból, prelegent podawał tylko łącznie z pierwszym szczepieniem, później zaś tylko wtedy, gdy obawiał się obostrzeń. Jeżeli prelegent leczył osobnika kiłowego cutivaccin'ą to czynił to wtedy, gdy był przekonany, że pacjent cierpi jednocześnie na gościec. Równocześnie osobnik taki przechodził leczenie przeciwikiłowe.

5. Po dwuminutowej przerwie i opuszczeniu zebrania przez gości, kol. Prezes przedstawił wniosek Zarządu o organizacji wyborów Władz Towarzystwa na rok 1931 (Uchwała Zarządu z dnia 9 grudnia 1930 roku: Sprawa organizacji wyborów Władz Towarzystwa).

W celu ułożenia listy kandydatów Władz Towarzystwa, powołuje się w grudniu każdego roku Komitet, składający się z tych członków Towarzystwa, którzy są kierownikami oddziałów szpitalnych, klinik i wogóle zakładów naukowych. Z członków Zarządu Towarzystwa mogą brać udział w Komitecie tylko dożywotni. Te instytucje, na których czele stoją członkowie Zarządu, mogą być reprezentowane przez innych członków Towarzystwa, pracujących w odpowiednim zakładzie. Powyższy Komitet ma prawo kooptowania innych członków Towarzystwa.

Ustalona przez Komitet lista kandydatów do Władz Towarzystwa zostaje przedstawiona na posiedzeniu Wyborczym Towarzystwa.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Kryński i Grzankowski, podkreślając słuszność i celowość wniosku. Zebranie Komitetu Wyborczego naznaczono na dzień 22 grudnia 1930 r.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 20.

Prezes: Witold Orłowski

Sekretarz Doroczny: Jan Roguski

## PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA ADMINISTRACYJNEGO z dnia 30 grudnia 1930 r.

Obecnych członków Towarzystwa 31.

Początek o godz. 8-mej punktualnie.

1. Sprawozdanie Zarządu.

a) Sprawozdanie Sekretarza dorocznego oraz

b) sprawozdanie Bibliotekarza—przyjęto do wiadomości.

c) Sprawozdanie Komitetu Bibliotecznego wraz z wnioskiem o wyrażenie podziękowania Bibliotekarzowi, kol. M. Z w e j g b a u m o w i, za ofiarną pracę — przyjęto oklaskami.

d) Sprawozdanie Sekretarza Stałego.

Nad sprawozdaniem kol. Sekretarza Stałego wywiązała się ożywiona dyskusja.

W d y s k u s j i:

Kol. G l u z i ń s k i wspomina zasługi dotychczasowego administratora, z którym pracował przez szereg lat. Odrestaurowanie domu Towarzystwa, układy z lokatorami oraz uporządkowanie fundacyj odbyło się przy wydatnej pomocy administratora i jest w znacznej mierze jego zasługą. Mówca uważa, iż zniesienie stanowiska administratora okaże się niepraktycznym.

Kol. S e k r e t a r z S t a ł y stwierdza, iż Zarząd stanął wobec konieczności dania wydatniejszej pomocy Bibliotekarzowi. Przesunięcie, w tym celu poczynione, pozbawiło niezbędnej pomocy sekretarkę kancelarii. Przyjęcie zaś nowego urzędnika, bez usunięcia któregoś z obecnych pracowników, spowodowałoby wzrost liczby urzędników i znaczne obciążenie budżetu Towarzystwa.

Kol. G l u z i ń s k i proponuje zachować stanowisko administratora z ewentualnem zastosowaniem zmian osobowych, sekretarkę kancelarii pozostawić natomiast bez pomocnika.

Kol. S e k r e t a r z S t a ł y stwierdza, iż sekretarka kancelarii musi mieć zastępcę w razie choroby.

Kol. S u r a w s k i uważa, iż wakujące obecnie stanowisko urzędnika należy obsadzić przez mężczyznę, co przy znacznej obecnie podaży rąk roboczych przyjdzie z łatwością.

2. Kol. P o d s k a r b i przedstawił preliminarz budżetowy na rok 1931.

D y s k u s j a.

Kol. C z a r n o c k i stwierdza, iż preliminarz na wydawnictwo przeglądu piśminnictwa 4 tys. złotych nie wystarczą nawet na jeden rocznik. Mówca jest zdania, iż w kancelarii Towarzystwa wystarczy w zupełności jedna osoba.

Kol. Żurawski uważa, iż proponowane przez Zarząd podniesienie składek wcale nie jest wygórowane w stosunku do wysokości składki przed wojną, wynoszącej około 80 złotych. Mówca jest zwolennikiem pobierania od gości opłat za prawo uczestniczenia w posiedzeniach oraz korzystania z Biblioteki. Administrator, zdaniem mówcy, jest konieczny; należy jednak zobowiązać administratora do pełnienia czynności pomocniczych w kancelarii.

Kol. LOTH uważa, iż sprawy personalne urzędników kancelarii należą do kompetencji Sekretarza Stałego. Mówca zwraca uwagę na rubrykę porad prawnych, na które przewidziane jest w budżecie 2 tys. złotych. Należałoby zwrócić się do dziekana Rady Adwokackiej z prośbą o ułatwienie wyszukania bezpłatnego radcy prawnego. Na wydawnictwa Towarzystwa należy wyszukać źródła nie z funduszków własnych ale innych (Fundusz Kultury Narodowej, Kasa Mianowskiego i inn.). Na insygnia dla Wydziału Lekarskiego należy preliminować sumę większą, aby umożliwić nabycie ich w ciągu bieżącego roku.

Kol. Roguski stwierdza, że gości, uczęszczający do Towarzystwa brali czynny udział w jego pracy naukowej. Prelegenci i mówcy, w znacznej mierze młodzi pracownicy naukowci, byli bardzo często gośćmi naszymi. Oba projekty kol. Żurakowskiego (pobieranie opłat od gości, znaczne podniesienie składek) godzą w młode pokolenie lekarzy, zasilających swemi pracami Towarzystwo.

Kol. Czarnocki przewiduje zmniejszenie obecnie dopływu młodych sił do Towarzystwa. Mówca ostro protestuje przeciw środkom, proponowanym przez kol. Żurakowskiego.

Kol. Podskarbi udziela wyjaśnień w związku z budżetem. Trudno w obecnych czasach będzie znaleźć bezpłatnego radcę prawnego. Na wydawnictwa znajdują się fundusze dodatkowe w postaci pozostałości z lat poprzednich.

W głosowaniu za podniesieniem składek z 40 na 60 złotych wypowiedziało się 16 osób, przeciw 5. Wobec powyższego, wniosek Zarządu przeszedł. Wniosek kol. LOTHa, aby decyzję ostateczną, co do zmian personelu Kancelarii, pozostawiono Zarządowi—przyjęto 12 głosami, przy braku głosów przeciwnych. Preliminarz budżetowy w brzmieniu, proponowanem przez Zarząd, przyjęto przez aklamację.

3. Przedstawienie kandydatów na członków czynnych Towarzystwa:

a) Sekretarz doroczny odczytał referat kol. Malinowskiego z prac doc. Marjana Grzybowskiego oraz referat kol. Witolda Orłowskiego z prac prof. Mańkowskiego Aleksandra.

b) Kol. Ciosłowski zdał sprawozdanie z prac d-ra Jastrzębskiego Wacława Leonarda.

c) Kol. Wąsowicz zreferował prace d-ra Berdo Nadzieji.

4. Zebrani wyrazili zgodę na propozycję Towarzystwa Pielęgowania Chorych im. św. Józefa, przepisania tytułu własności, zabezpieczonej na rzecz Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego sumy 20 tys. rubli, na Towarzystwo Pielęgowania Chorych.

W sprawie zapisu *Sieragowskich*, Zebranie wyraziło zgodę na pokwitowanie sukcesorów Rowińskiego z należnej sumy rb. 85000 w skali przerachowania na 25%, zgodnie z ustawą, oraz z należnych 6% od stycznia 1926 roku, o ile należność ta zostanie spłacona do dnia 1 kwietnia 1931 r.

5. Wiceprezes przedstawia zatwierdzoną przez Zarząd uchwałę Komitetu Konkursowego im. Grzegorza Piramowicza. Nagrodę przyznano d-rowsi *K. Mitkiewiczowi* za całą działalność higieniczno-szkolną, a zwłaszcza za propagowanie idei szczenia higieny przez szkołę.

6. Wnioski Zarządu dotyczące: a) przekazania stołu ginekologicznego Towarzystwu Ginekologicznemu, b) sprzedaży dynamomaszyny, oraz c) przekazania epidjaskopu Muzeum Politechniki Warszawskiej — przyjęto.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 m. 30.

Wiceprezes: *Paszkiewicz*

Sekretarz Doroczny: *Jan Roguski*.

---

## **PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONEGO SPRAWOM SZPITALNICTWA**

**z dnia 28 stycznia 1930 r.**

Początek o godzinie 8-ej punktualnie

Obecnych członków T-wa 41. wprowadzonych gości 12.

1. Wiceprezes odczytał zaproszenie, przesłane z Dziekanatu Lekarskiego Uniwers. Warsz., na akademię w dniu 1 lutego r. b., ku uczczeniu zasług prof. D-ra Kazimierza Noiszwskiego, ustępującego ze stanowiska kierownika kliniki chorób ocných Uniwers. Warsz.

2. Kol. J. Ślaski wygłosił odczyt z przeżroczami;

Sprawozdanie z I-go Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa w Atlantic City, oraz ze zwiedzania szpitali Ameryki. (Streszczenie własne).

W dniu 13 czerwca r. z., odbył się w Atlantic City (Ameryka Północna) pierwszy, międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa, na którym było 44 reprezentantów państw zagranicznych. Delegatami m. st. Warszawy był prelegent oraz architekt miasta Wł. Borowski. Zanim Kongres został otwarty, uczestnicy Kongresu zostali zaproszeni do zwiedzenia, na koszt komitetu, najważniejszych miast St. Zjedn., jak Bostonu, Rochesteru, Montrealu, Waszyngtonu, Baltimore, Filadelfji, New Jorku z uwzględnieniem, przedewszystkiem, urządzeń szpitalnych i sanitarno-higienicznych. Zarówno wspomniane urządzenia, jak i najciekawsze momenty i okazy ze słynnej amerykańskiej organizacji pracy, były przez prelegenta sfotografowane i w postaci udanych przeżroczy pokazane na zebraniu Towarzystwa. Co się tyczy referatów i prac, wygłoszonych i przedyskutowanych podczas posiedzeń Kongresu, to najważniejszymi z nich były:

- a) Referat prof. Jahna Hartwell'a „Istota działalności szpitali“.
- b) D-ra Goldwattera w New Jorku „Gospodarczo-administracyjne względy przy budowie szpitali nowoczesnych“.
- c) Prof: Grobera z Jenny „Gospodarka a dochody szpitalne“.
- d) Prof. Gauchon i Brison'a „O narodowych stow. szpitalnych i utworzeniu stow. międzynarodowego“.

Trzeba wyznać, że referaty tak Hartwell'a, jak Goldwattera, a w szczególności prof. Grobera, poruszają najżywotniejsze tematy z życia codziennego szpitalnictwa doby ostatniej — nieraz, kiedy autor naprz. mówi o Kasach Chorych lub o stosunkach partyjnych, panoszących się w szpitalnictwie, wydać się może, że to mowa jest o nas i o naszych opłakanych stosunkach.

Ujęcie tych spraw jest tak realne, szczere i proste, że każdemu, kto interesuje się współczesnym stanem szpitali i poszukuje sposobu wyjścia z fatalnego położenia, radzimy przeczytać te prace in extenso.

Na zakończenie, panowie Brison i Gauchon nawołują do energicznego i natychmiastowego tworzenia stowarzyszeń narodowych, szpitalnych — skąd delegaci, w liczbie 2-ch, wchodzi w skład Tow. międzynarodowego.

Następny, 2-gi Kongres międzynarod. odbędzie się w roku 1931, w Wiedniu (czerwiec) pod przewodnictwem prof. Tandlera.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes: *L. Paszkiewicz*

Zastępca sekretarza dorocznego *W. Kosiński*

## **PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONEGO SPRAWOM SZPITALNICTWA**

**z dnia 25 marca 1930 r.**

Przewodniczący: Vice-Prezes *L. Paszkiewicz*.

Obecnych członków T-wa 43, wprowadzonych gości 17.

1. Po przeczytaniu przyjęto protokół z dnia 28 stycznia b. r.
2. Kol. J. Rutkowski wygłosił odczyt:

„O organizacji oddziału chirurgicznego”,  
(Streszczenie własne).

Tylko dobrze zorganizowana praca może być wydajną. Podstawami organizacji są: jasne określenie zadania, dobrze przystosowane środki materialne (pomieszczenia i urządzenia), odpowiednie kierownictwo i dobór pracowników, znormalizowanie czynności, karność, sprawiedliwość.

Głównem zadaniem oddziału chirurgicznego jest leczenie chorych, t. zw. chirurgicznych, dalsze zadania — wzbogacenie wiedzy, przez zbieranie spostrzeżeń w sposób celowy i dokładny, — spostrzeżeń, któreby można było zużytkować dla celu ostatecznego, głównego — jak najdoskonalszego leczenia chorych.

Pomieszczenia zasadnicze (sale chorych, opatrunkowe, operacyjne, sterylizacje) i pomocnicze (gabinety, ambulatorjum, pracownice biblioteka, archiwum) powinny być odpowiednio przystosowane, do celu jakiemu służą, odpowiednio wyposażone i połączone ze sobą dobrze działającymi telefonami wewnętrznymi, ze światem zaś zewnętrznym — telefonem miejskim, zawieszonym w odpowiednim miejscu tak, ażeby nie przeszkadzał w pracy, a jednocześnie dobrze i natychmiast był załatwiany.

Kierownik i pracownicy istnieją dla pożytku oddziału i dla osiągnięcia maximum wydajności.

Kierownik nie powinien dzielić się władzą, powinien być wymagający i sprawiedliwy, powinien pilnie przestrzegać ustalonych przez siebie prawideł. Od pracowników należy wymagać, ażeby byli dobrze przygotowani do pracy, jaką mają wykonywać, ażeby byli systematyczni i lubili porządek, ażeby pracowali nie z odrazą, ażeby byli sumienni i uczciwi, chętni i skromni, grzeczni i umieli panować nad sobą. Nie powinno być osób „niezastąpionych”. Bierny opór i lenistwo należy zwalczać wszelkimi siłami.

Ścisły podział ról, kolejność i znormalizowanie czynności (instrukcje na piśmie) zapobiegają anarchji i samowoli, zapewniają maximum wydajności pracy przy minimum wysiłku, praca staje się łatwą i przyjemną.

Należy walczyć z niewydajnością. Dobrze zorganizowana praca nie jest ciężkim obowiązkiem.

## W dyskusji.

Kol. Michałowicz. Organizacja pracy jest zagadnieniem b. ważnym i ma wpływ wielki na wydajność pracy szpitalnej. Przechodząc do poszczególnych punktów odczytu, mówca krytykuje dwie sale chirurgiczne o wielkiej liczbie łóżek i uważa je za dawny przesąd dekoracyjny; dzisiejsze sale powinny być o 4-ch łóżkach; w każdym szpitalu powinny być również sale wypoczynające tak, aby nie wszystkie były czynne przez cały rok, przez co unika się zakażeń i powikłań. Dla asystentów powinien być nie jeden, wspólny gabinet, lecz kilka, tak, żeby każdy z nich mógł mieć cichy kącik do pracy; następnie w archiwum powinien być lekarz ze specjalnem, bibliofilskim zamiłowaniem, który miałby nadzór nad biblioteką.

W każdym oddziale powinna być książka meldunkowa, po przeczytaniu której, kierownik mógłby się zorientować, co się dzieje na sali szpitalnej lub co się stało i o jakiej godzinie. Następnie mówca nadmienia, że kierownicy oddziałów powinni zwrócić uwagę na podział władzy i pracę personelu lekarskiego, przez co można uzyskać maximum pracy na oddziale.

Kol. Sawicki podaje, iż niektóre punkty, wymienione przez kol. prelegenta, mogą mieć zastosowanie na przeciętnym oddziale chirurgicznym. I tak np. podział pracy między asystentami jest konieczny, ale niezbyt łatwy tam, gdzie na każdym oddziale chirurgicznym jest tylko dwu lub trzech asystentów, których uposażenia w dodatku są tak małe, iż zmuszeni są przyjmować stanowiska płatne w innych instytucjach. To, co kol. prelegent powiedział o przetrzymywaniu chorych na naszych oddziałach, nie jest słuszne i, jako przykład, podaje Monachjum, gdzie oddziały mogą wypoczywać; chorego trzyma się tam 32—33 dni, a u nas 28—29, przytem należy uwzględnić u nas trudności przy wypisywaniu choroników, z powodu braku miejsc w przytułku.

Wielkość sal jest również sprawą sporną. Zwolennicy dużych sal wysuwają dodatnie punkty, jak lepszą opiekę, więcej światła, świeżego powietrza — zwolennicy zaś mniejszych sal podają większą swobodę i wypoczynek chorych. U nas, wobec braku personelu pomocniczego i służby, gdy jedna pielęgniarka dyżurna wypada na 60 łóżek, trudno byłoby zaprowadzić system małych sal o 4-ch łóżkach, a o ileby w przyszłości warunki ułożyły się tak, jak jest np. w Ameryce, gdzie jedna pielęgniarka wypada 1½ łóżka, to możnaby ten system zastosować. Obecnie już powszechnie jest przyjęta zasada, żeby nie budować sal większych, jak o 20 łóżkach. Mówca wspominał jeszcze o ujemnych sprawach, źle wpływających na normalny bieg pracy szpitalnej, jak np. brak wykwalifikowanego personelu pomocniczego, ośmiodzinny dzień pracy dla służby szpitalnej, co nie wszędzie zagranicą jest przyjęte, częste interwencje związków zawodowych przy przenoszeniu pracowników nieodpowiednich.

W odpowiedzi zabrał głos jeszcze kol. Rutkowski.

Zastępca sekretarza dorocznego *Władysław Kosiński*

## PROTOKÓŁ POSIEDZENIA POŚWIĘCONY SPRAWOM SZPITALNICTWA.

**z dnia 2 kwietnia 1930 roku.**

Przewodniczący Vice-Prezes *L. Paszkiewicz*.

Obecných członków Towarzystwa 27, wprowadzonych gości 12.

1. Po przeczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dnia 25.III. 1930 r.

2. Inż. Wł. B o r a w s k i wygłosił odczyt p. t.:

„Budownictwo Szpitali w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej”. (Streszczenie własne).

Prelegent, budowniczy m. st. Warszawy, był delegowany w czerwcu 1929 r. na I Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa, zorganizowany z inicjatywy Ameryki i połączony z imponującą wystawą szpitalną w Atlantic City. Prelegent zwiedził jednocześnie kilkanaście nowoczesnie urządzonych szpitali w Stanach Zjednoczonych, zebrał więc niezmiernie obfity materiał, którym, w ramach odczytu, starał się podzielić ze słuchaczami, informując głównie o godnym podziwu budownictwie szpitalnem.

Charakteryzując współczesny rozwój szpitalnictwa amerykańskiego, prelegent podkreśla ważny moment niezwyklej ofiarności publicznej w Ameryce na cele szpitalne. W rozbudowie szpitalnictwa, cały prawie ciężar w państwie ponosi społeczeństwo, dzięki czemu otrzymuje się większy rozmach prywatnej inicjatywy i unika się rutyny. Niema na całym świecie, poza Stanami Zjednoczonymi, kraju, w którymby na ogólną liczbę łóżek szpitalnych 877,075 (w r. 1928), należących do 7115 instytucji, było tylko 18.254 łóżek „państwowych” (zaledwie 2%). Jeszcze większa znikomość czynnika rządowego jest w organizacjach opieki społecznej: na ogólną liczbę 309.604 łóżek w zakładach dla chorych, rekonwalescentów, w przytułkach i t. p., należących do 2164 instytucji, w zakładach rządowych jest tylko 1.198 łóżek (0,35%). Niezwyklej tedy ofiarności publicznej i rozwiniętej inicjatywy prywatnej zawdzięczają Stany Zjednoczone, liczące dziś 105 milj. ludności, swoje przodujące miejsce wśród narodów cywilizowanych pod względem liczby łóżek szpitalnych; przypada bowiem na 1000 mieszkańców 7,6 łóżka (w Polce 2,25), jeśli zaś dodać łóżka pokrewnych instytucji, wspomagających szpitalnictwo—wypadnie 10 łóżek na 1000 mieszkańców. Korzyści dla narodu z takiego stanu rzeczy są ogromne: rocznie leczy się w szpitalach 10 milj. chorych i 8 milj. chorych ambulatoryjnych. Do społeczeństwa wraca obrotowa armja ludzi, zdolnych do pracy.

Prelegent stwierdza dalej, że opieka nad matką i dzieckiem postawiona jest również wysoko. Dalej, liczba łóżek w szpitalach dla chorych na gruźlicę stanowi 7,1% ogólnej liczby łóżek w Sta-

nach Zjednoczonych, liczba zaś łóżek dla psychicznie i nerwowo chorych prawie osiąga liczby łóżek w szpitalach ogólnych i sanatoryjnych i wynosi 40%. W Polsce ten stosunek jest mniejszy prawie o połowę (19%), dysproporcja zaś braku łóżek dla psychicznie chorych u nas, w stosunku do St. Zjednoczonych, wypada jeszcze większa: Ameryka posiada na 1000 mieszkańców 3 łóżka psychiatryczne, Polska tylko 0,4 łóżka, czyli o 7 i pół razy mniej. Doniosłą rolę w rozwoju szpitalnictwa odegrało amerykańskie Tow. szpitalnictwa, które skupia wszystkie, bez wyjątku, organizacje szpitalne i jednostki na tej niwie pracujące. Instytucja ta jest znakomitą łącznikiem w twórczych poczynaniach na polu szpitalnictwa, wydając obszernie sprawozdania, wspierając wydawnictwa i tworząc bogate zbiory. Dzięki tedy olbrzymiej ofiarności, umiejętności organizowania pracy i doborowi ludzi, Amerykanie wyprzedzili Europę o całe dziesiątki lat w swoich kapitalnych budowlach szpitalnych, w których stworzono nadzwyczajne warunki lecznicze i zapewniono nauce medycznej pierwszorzędne środowisko rozwojowe. Na poparcie tych twierdzeń, prelegent podaje kilka przykładów, jak organizowano pracę przy budowie nowego szpitala gminy prezbiterjańskiej w Nowym Jorku, oraz w Filadelfji, jednocześnie zaś ilustruje gospodarkę w szpitalach. Według statystyki, rozwój budownictwa szpitalnego w St. Zjednoczonych dosięgnął już sumy 1 miliona dolarów dziennie.

Omawiając z kolei organizację kongresu, zainicjowanego przez sekretarza akad. med. dr. Lewińskiego-Corwina z Nowego Jorku, Polaka, który stworzył międzynarodowy komitet wykonawczy, prelegent wyraża się z niezwykłym uznaniem o Amerykanach, którzy w ciągu kilku tygodni ułatwili gościom poznanie wszystkiego, co ich zainteresowało w dziedzinie szpitalnictwa, a stronę informacyjno-naukową kongresu postavili na wysokim poziomie.

Na kongresie rozważano głównie następujące zagadnienia: podstawowe zadanie szpitala, wpływ planów szpitali na koszty ich budowy i utrzymania, problemat oszczędności szpitalnych, zadanie szpitali publicznych i prywatnych, zakłady dla umysłowo chorych i chronicznie chorych, rozwój opieki i leczenia umysłowo chorych w szpitalach St. Zjednoczonych.

Wobec uchwalenia przez kongres powołania do życia Międzynarodowego Tow. Szpitalnictwa, na stałego delegata zaproszono dr. J. Ślaskiego, drugiego przedstawiciela Polski na kongresie.

W obszernym streszczeniu podaje prelegent referat o planowaniu szpitala przez dr. S. Goldwattera, wybitnego rzeczoznawcę tego działu w N. Jorku.

Wobec stałego rozrostu przeróżnych, pomocniczych pomieszczeń w organizmie szpitalnym, jako to: rentgenologia, sale operacyjne, laboratorja chemiczne, bakterjologiczne, patologiczne, dział ambulatoryjny, pomieszczenie przechowywania aktów historii choroby, przyjęcie chorych i obserwacja, kuchnie i pralnie, a w szczególności potrzeby służby pielęgniarskiej, staje się rzeczą nieodzowną szukanie środków, obniżających koszt całości. Najistotniejsze

zmniejszenie kosztów przynieść może umiejętne rozplanowanie, idące w kierunku zwiększenia liczby kondygnacji, poszerzenia użytkowych płaszczyzn poziomych, zmniejszenie wysokości pięter. W celach porównawczych, dla oceny, o ile korzystniejsze jest wykorzystanie budowlanej przestrzeni w różnych szpitalach, dr. Goldwatter doradza zestawiać pewną określoną, wydzieloną z całości jednostkę przestrzenną, naprz. o 100.000 stóp sześć. (2.831 m. sz.), odnoszącą się do sal chorych, gdyż porównywanie stosunków między łóżkiem, a całością przestrzenną budowli szpitalnej, nie może dać głębszych wartości porównawczych. Koniecznym jest też ustalenie sposobów prowadzenia statystycznych danych, ustalenie nomenklatury i norm szpitalnych. Dobrym planem jest ten, który będzie wywierał znaczniejszy wpływ na wydajność lekarską szpitala, będzie brał pod uwagę zasady higieny przy projektowaniu sal, rozmieszczenie obok siebie oddziałów, wzajemnie zależnych, założenie istotnie potrzebnych instalacji technicznych, wreszcie, zapewni personelowi wewnętrznemu i zewnętrznemu zdrowe warunki pracy. Największy pożytek, który może przynieść architekt wydajności szpitalnej, jest to zachęta do wznoszenia szpitali ogólnych, średniej pojemności od 500 do 600 łóżek, zawierających oddziały kliniczne i laboratoria, w nowoczesnej praktyce lekarskiej nie mogące funkcjonować jedno, bez drugich. Wypracowanie tych typów najekonomiczniejszych, w całym znaczeniu tego słowa, należy do architekta szpitalnego. W dyskusji nad powyższem zagadnieniem delegat (inż. Borawski) zgłosił wniosek o stworzeniu instytucji naukowego badania zagadnień budowy szpitali.

Z uwagi na doniosłość i obfitość poruszonych spraw, uchwalono następne kongresy zwoływać narazie w odstępach krótszych — drugi ma odbyć się w r. 1931 we Wiedniu.

Przechodząc do opisu najnowszych szpitali w Stanach Zjednoczonych, uzupełniając swój wykład przeżroczami na ekranie, prelegent omówił szczegółowo budowę szpitala Hahnemanna w Filadelfji, Medical Center w N. Yorku, Strong Memorial Hospital w Rochesterze, klinikę położniczą z fundacji Howardowskiej w Bostonie, sanatoria w Denver, Comden, Middleton, Bedford i N. Jersey, oraz parę szpitali psychiatrycznych.

Na zakończenie, poruszone zostało zagadnienie zreorganizowania budownictwa szpitalnego w Polsce. Prelegent charakteryzuje ubiegły okres naszego bytu niepodległego, jako wstępną „konsolidację”, stoi przed nami szeroka „rozbudowa”, zaś do „odrodzenia” budownictwa szpitalnego nie jesteśmy zupełnie przygotowani. Tymczasem dałoby się stworzyć grunt odpowiedni przez zapoczątkowanie prac w zakładanem Polskiem Towarzystwie Szpitalnictwa. Ciągnąć możemy duże korzyści przez uczestnictwo Polski w Międzynarodowym Tow. Szpitalnictwa. Uzupełniając nasze zastraszające braki ilościowe łóżek szpitalnych (30%), oprócz tej akcji należałoby na dokładniej przemysłanym programie. Trzeba zająć się prawidłowem określeniem liczby brakujących łóżek, w zależności od kategorii chorób dla każdego miasta, dążyć do definitywnej zabudowy istniejących szpitali, opracować wytyczne pro-

gramy rozbudowy na 5 czy 10 lat, ściśle je wypełniając i co rok poddając nowemu uzupełnieniu. Wtedy dopiero, świadomi własnych sił i najbliższych potrzeb, zerwawszy z przypadkowością i dyletantyzmem, dźwigniemy dopiero szpitalnictwo na tory właściwe, licujące z naszymi wartościami kulturalnymi oraz ambicją współpracy z innymi cywilizowanymi narodami, przywracania chorym radości życia.

Wiceprezes: *L. Paszkiewicz*

Zastępca Sekretarza dorocznego: *Wł. Kosiński.*

---

## TREŚĆ TOMU CXXV.

---

### I. ŻYCIORYSY ZMARŁYCH CZŁONKÓW TOWARZYSTWA.

|                                                                                 | Str |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Życiorys ś. p. Kazimierza Zielińskiego, podał Sekretarz Stały . . . . .         | 7   |
| Życiorys ś. p. Wiktoryna Kosmowskiego, podał Sekretarz Stały . . . . .          | 31  |
| Życiorys ś. p. Antoniego Michałowskiego, podał Sekretarz Stały . . . . .        | 49  |
| Życiorys ś. p. Witosława Dąbrowskiego, podał Sekretarz Stały . . . . .          | 50  |
| Życiorys ś. p. Ireneusza Wierzejeńskiego, podał kol. A. Wojciechowski . . . . . | 50  |
| Życiorys ś. p. Antoniego Anteckiego, podał Sekretarz Stały . . . . .            | 74  |
| Życiorys ś. p. Michała Latkowskiego, podał Sekretarz Stały . . . . .            | 124 |
| Życiorys ś. p. Aleksandra Kopczyńskiego, podał Sekretarz Stały . . . . .        | 125 |
| Życiorys ś. p. Czesława Otto, podał Sekretarz Stały . . . . .                   | 136 |
| Życiorys ś. p. Edwarda Żebrowskiego, podał kol. E. Bratkowski . . . . .         | 151 |
| Życiorys ś. p. Kazimierza Noiszewskiego, podał kol. Wł. Melanowski . . . . .    | 156 |

### II. PRACE ORYGINALNE I WYKŁADY KLINICZNE.

|                                                                                                                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| A p f e l b a u m E. Patogeneza i toksykologia niedokrwistości złośliwej w świetle nowych badań (Dyskusja: kol. Freyd A.) . . . . .                                                                                     | 58 |
| A p f e l b a u m E. Badania doświadczalne i kliniczne nad leczeniem niedokrwistości wątroby i jej wyciągami. (Dyskusja: kol. Goebel Fr., Galewski, Mańkowski A., dyr. Otolski, kol. Orłowski W. i prelegent) . . . . . | 86 |
| S p r o s t o w a n i e kol. Goebła . . . . .                                                                                                                                                                           | 89 |
| B l a c h e r L. O wartości dla kliniki określania liczby płytek we krwi oraz wskaźnika płytkowego Allard'a . . . . .                                                                                                   | 24 |

|                                                                                                                                                                                                             | Str. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| B u k o w s k a J. Współczynnik kwasowo-zasadowy u dzieci, leczonych w Ciechocinku. (Dyskusja: kol. Goebel Fr.)                                                                                             | 85   |
| C y t r o n b e r g S. Metoda operacyjna. Wydobywanie soku jelitowego. Wprowadzanie różnych płynów do pętli wyodrębnionej. (Dyskusja: kol. Horodyński Z., Roguski J., Orłowski W. i prelegent).             | 109  |
| C y t r o n b e r g S. Wpływ pożywienia na ilość i jakość wydzieliny jelitowej. (Dyskusja: kol. Bączkiewicz i prelegent)                                                                                    | 127  |
| C y t r o n b e r g S. Wpływ niektórych hormonów na ilość i jakość wydzieliny jelitowej. (Dyskusja: kol. Orłowski W., Sawicki Br., Semerau-Siemianowski M., Szulc i prelegent)                              | 164  |
| D a b r o w s k i K. Pleuroskopja i jej znaczenie w klinice .                                                                                                                                               | 69   |
| Dyskusja nad wykładami kol. kol. Dąbrowskiego K., Radlińskiego Z. i Wojciechowskiego A.; zabierali głos: kol. Kryński L., Rudzki St., Sawicki Br., Szczępański Zdz., Orłowski W. i odpowiedź prelegentów .  | 71   |
| F i l i Ń s k i Wł. Klinika niedomogi serca. (Dyskusja: kol. Jochweds, Fejgin i prelegent).                                                                                                                 | 25   |
| F r e y d A l. Patologia dorzecza Amazonki. Peru, Brazylja.                                                                                                                                                 | 103  |
| G r o t t W., K o w a l s k i Fr., M u r a t Wł., S a w i c k i St. i W i n d y g a St. Badania nad regulacją cukru we krwi pod wpływem wysiłku. (Dyskusja: kol. Wierzuchowski M., Orłowski W. i prelegent) | 62   |
| G r o t t W. Wahania krzywej cukru po glukozie u zdrowych. (Dyskusja: kol. Orłowski W. i prelegent)                                                                                                         | 104  |
| G r o t t W. Znaczenie krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą dla rozpoznania i leczenia cukrzycy. (Dyskusja: kol. Orłowski W. i prelegent)                                                            | 119  |
| G r o t t W. O wczesnem rozpoznaniu cukrzycy. (Dyskusja: kol. Filiński Wł., Kapłań, Cieszyński Ks., Orłowski W. i prelegent)                                                                                | 147  |
| K a r w a c k i L. Saproficzne prątki gruźlicze w związku z zagadnieniami szczepień ochronnych i bakterjoterapii gruźlicy. (Dyskusja: kol. Michalski Zdz. i prelegent)                                      | 20   |
| K a r w a c k i L. Epidemja duru rzekomego C w oddziale wojskowym. (Dyskusja: kol. Szulc, Gluziński A. i prelegent)                                                                                         | 163  |
| K o w a l s k i Fr. patrz: Grott W. i t. d .                                                                                                                                                                | 62   |
| K r a s u s k i A. Poglądy Jonstona na choroby płuc i serca. (Dyskusja: kol. Zembrzusi L., Melanowski Wł. i prelegent)                                                                                      | 83   |
| L e j k o E. patrz M o d r a k o w s k i J. i t. d .                                                                                                                                                        | 57   |
| L e ś n i o w s k i A. i M o s s a k o w s k i J. W sprawie powstawanie wodonercza. (Dyskusja: kol. Kryński L., Gluziński A., Paszkiewicz L. i prelegent)                                                   | 97   |
| L e w i n s o n. O pyelografji dożylniej. (Dyskusja: kol. Markert W., Elektorowicz A. i prelegent).                                                                                                         | 99   |
| M a c r i d e s N. Ostatnia epidemja dengi w Atenach. (Dyskusja: kol. Semerau-Siemianowski M., Kopczyński, Mańkowski A. i prelegent).                                                                       | 44   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Str. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Marat Wł. patrz Grott W. i t. d. . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                   | 62   |
| Michalski Zdz. i Piasecki M. W sprawie patogenezy gruźlicy płucnej; propozycja nowych zabiegów operacyjnych w ciężkich postaciach suchot płucnych. (Dyskusja: kol. Kryński L., Szczepański Zdz., Gorecki Zdz., Sawicki Br., Butkiewicz, Sawicki Br., Szczepański Zdz., Orłowski W. i prelegenci) . . . . . | 141  |
| Mikułowski Wł. Zagadnienie badania choroby utajonej w świetle kliniki i biologii. (Dyskusja: kol. Sawicki Br. i prelegent) . . . . .                                                                                                                                                                       | 77   |
| Mikułowski Wł. Przyczynki do kiły wrodzonej. (Dyskusja: kol. Trzciniński i prelegent) . . . . .                                                                                                                                                                                                            | 161  |
| Misiewicz J. Postacie przesączalne zarazka gruźliczego. (Dyskusja: kol. Landau H., Mańkowski A., Roguski J., Orłowski W. i prelegentka) . . . . .                                                                                                                                                          | 54   |
| Misiewicz J. Promieniolecznictwo w gruźlicy. (Dyskusja: kol. Elektorowicz A., Moczarski W., Sawicki Br., Łapiński W., Gawiński W. i prelegentka) . . . . .                                                                                                                                                 | 65   |
| Modrakowski J. i Lejko E. Tonus serca i działanie na niego środków farmakologicznych. (Dyskusja: kol. Orłowski W. i Moczarski W.) . . . . .                                                                                                                                                                | 57   |
| Mossakowski J. patrz: Leśniowski A. i t. d. . . . .                                                                                                                                                                                                                                                        | 97   |
| Orłowski W. Kształcenie się poglądów na patogenzę przewlekłej niewydolności krążenia . . . . .                                                                                                                                                                                                             | 127  |
| Orłowski W. Teoria Eppingera w świetle krytyki . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                   | 135  |
| Palier A. i Wierzuchowski M. O szybkości-micznym wprowadzaniu pokarmu i cukru . . . . .                                                                                                                                                                                                                    | 95   |
| Piasecki M. patrz Michalski Zdz. i t. d., . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                        | 141  |
| Pieskow W. patrz Wierzuchowski M. i t. d. . . . .                                                                                                                                                                                                                                                          | 94   |
| Policard A. Kilka zagadnień aktualnych z dziedziny histo-fizjologii płuc. (Dyskusja: kol. Mańkowski A., Loth E. i prelegent) . . . . .                                                                                                                                                                     | 82   |
| Pryłucki N. O wartości klinicznej próby z czerwienią Kongo dla wczesnego rozpoznania skrobiawicy. (Dyskusja: kol. Hrom St., Orłowski W., Sawicki Br. i prelegent) . . . . .                                                                                                                                | 46   |
| Wyjaśnienie prof. Z. Orłowskiego . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                 | 79   |
| Pryłucki N. Schorzenia nerwowe w przebiegu niedokrwistości złośliwej a leczenie wątroba. (Dyskusja: kol. Apfelbaum E., Modrakowski J., Higier H., Filiński Wł., Goldman M., Roguski J., Orłowski W. i prelegent) . . . . .                                                                                 | 113  |
| Radliński Z. Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                 | 63   |
| (Dyskusja) . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 71   |
| Reicher E. Serce a praca fizyczna. (Dyskusja: kol. Kryński L., Paszkiewicz L. i prelegentka) . . . . .                                                                                                                                                                                                     | 76   |
| Reicher E. O podstawowej przemianie materji i o pracy u chorych z cierpieniami narządu krążenia. (Dyskusja: kol. Rytel, Kapłań i prelegentka) . . . . .                                                                                                                                                    | 91   |
| Rudzki St. Walka społeczna z gruźlicą na wsi. (Dyskusja: kol. Mańkowski A., Szokalski K., Janiszewski, Wroczyński Cz., Cieszyński Ks., Chodźko, Sawicki Br., Cieszyński Ks. i prelegent) . . . . .                                                                                                         | 81   |

|                                                                                                                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Rutkowski J. O wskazaniach do przetaczania krwi.<br>(Dyskusja: kol. Gerner Kl., Goldman M., Filiński Wł., Roguski J. i prelegent) . . . . .                                                              | 109 |
| Sawicki St. patrz Grott W. i t. d. . . . .                                                                                                                                                               | 62  |
| Semerau-Siemianowski M. Klinika układu siateczkowo-śródbłonkowego. (Dyskusja: kol. Czarnocki W., Laskowski J., Siedlecki E., Moczarski W., Roguski J., Paszkiewicz L., Orłowski W. i prelegent). . . . . | 11  |
| Szumowski W.: Wahania we współczesnej medycynie. (Dyskusja: kol. Roguski J., Kryński L., Michalski Z. i prelegent) . . . . .                                                                             | 42  |
| Węgierko J.: Wpływ białka i tłuszczu na krzywą glikemiczną po podaniu cukru gronowego u chorych na cukrzycę . . . . .                                                                                    | 22  |
| Węgierko J.: Leczenie dietetyczno-insulinowe cukrzycy. . . . .                                                                                                                                           | 33  |
| Węgierko J.: Zachowanie się cukru i substancji suchej we krwi w przebiegu leczenia insulinowego cukrzycy. (Dyskusja: kol. Grott W., Orłowski W., Roguski J. i prelegent) . . . . .                       | 38  |
| Wierzychowski M. i Pieskow W.: Wpływ insuliny na „cukrzycę” głodową, białkową i tłuszczową . . . . .                                                                                                     | 94  |
| Wierzychowski patrz Palier A. i t. d. . . . .                                                                                                                                                            | 95  |
| Windyga St. patrz Grott W. i t. d. . . . .                                                                                                                                                               | 62  |
| Wojciechowski A. Kilka uwag o leczeniu gruźlicy chirurgicznej na wsi . . . . .                                                                                                                           | 70  |
| (Dyskusja) . . . . .                                                                                                                                                                                     | 71  |
| Zembrzowski L. Nauczanie historii medycyny w Polsce. Szkic historyczny. (Dyskusja: kol. Sawicki Br. i prelegent) . . . . .                                                                               | 34  |

### III. POKAZY CHORYCH, PREPARATÓW i t. d.

|                                                                                                                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Chodkowski K.: Przypadek zwężenia cieśni tętnicy głównej. . . . .                                                                                                                                          | 125 |
| Czarnecki W.: Preparaty makro i mikroskopowe w przypadku ostrego zaniku wątroby . . . . .                                                                                                                  | 15  |
| Dębicki: Dwa przypadki nowotworu pęcherzyka żółciowego z przerzutami do poprzecznicy. . . . .                                                                                                              | 60  |
| (Dyskusja: kol. Dąbrowska J.) . . . . .                                                                                                                                                                    | 67  |
| Filiński Wł. i Moczarski W.: W sprawie patogenezy zaniku tętna w naczyniach obwodowych . . . . .                                                                                                           | 161 |
| Goldman M.: Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem gośćca, dny i nerwobólów szczepieniami Cutiwakcyny Paula (z pokazem chorych). (Dyskusja: kol. Filiński Wł., Chmielewski, Orłowski W. i prelegent) . . . . . | 174 |
| Higier H.: Przypadek: porażenie mięśni okresowe, rodzinno-dziedziczne. . . . .                                                                                                                             | 131 |
| Higier H.: Przypadek paralysis traumatico-tardiva n. ulnaris . . . . .                                                                                                                                     | 113 |
| Krzyżanowski: Wyniki nauczania niewidomych anatomji. (Dyskusja: kol. Orłowski W.). . . . .                                                                                                                 | 14  |

|                                                                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Melanowski Wł.: Chora, wyleczona drogą operacji według Sourdille'a z powodu odwarstwienia siatkówki . . .                                               | 53  |
| Melanowski Wł.: Zez rozbieżny, wyleczony operacyjnie.                                                                                                   | 54  |
| Mikułowski Wł.: Przypadek nerczycy lipoidowej Munka u dziewczynki 10-cio letniej, leczonej skutecznie tyreoidyną. . . . .                               | 36  |
| Mikułowski Wł.: Przypadek kiłowego zapalenia opon mózgowych, obudzonego przez dur bruszny u chłopca 9-cio letniego. . . . .                             | 37  |
| Mikułowski Wł.: Przypadek astenji kiłowej u chłopca 6-cio letniego . . . . .                                                                            | 52  |
| Moczarski W.: patrz Filiński Wł. i t. d. . . . .                                                                                                        | 161 |
| Pręgowski: Pokaz przypadków psychiatrycznych po leczeniu preparatami gruczołowymi. (Dyskusja: kol. Trzciński, Orłowski W. i prelegent). . . . .         | 90  |
| Skłodowski J. i Sznajderman: Dwa przypadki przewlekłego zapalenia opon, niewiadomej etiologii, leczone odma. (Dyskusja: kol. Higier H. i Filiński Wł.). | 131 |
| Sznajderman: patrz Skłodowski J. i t. d. . . . .                                                                                                        | 131 |
| Weingott: Przypadek blepharochalasis, leczony operacyjnie . . . . .                                                                                     | 53  |
| Wiśniewski T.: Dwa przypadki znacznych zniekształceń kończyn, pochodzenia krzywiczego, leczone drogą konserwatywno - ortopedyczną. . . . .              | 17  |

#### IV. SPRAWY SZPITALNICTWA I SPRAWY ZAWODOWE.

|                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Borawski Wł. inżynier. Budownictwo Szpitali w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej . . . . .                        | 183 |
| Jakimiak B. Ogólny pogląd na Zjazdy Lekarzy Słowiańskich i ich znaczenie, . . . . .                                    | 169 |
| Łapiński W. Krótki zarys historyczny rozwoju stosunków lekarskich wszechsłowiańskich . . . . .                         | 166 |
| Rutkowski J. O organizacji oddziału chirurgicznego. (Dyskusja: kol. Michałowicz M., Sawicki Br. i prelegent) . . . . . | 181 |
| Sawicki Br. Sprawozdanie ze Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Splicie. . . . .                                             | 167 |
| Ślaski J. Sprawozdanie z I Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa w Atlantic-City . . . . .                           | 179 |
| Wroczyński Cz. Organizacja służby zdrowia w Jugosławji.                                                                | 167 |

#### V. SPRAWY WEWNĘTRZNE TOWARZYSTWA.

|                                                                                                                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sprawozdanie z działalności naukowej Towarzystwa za rok ubiegły podał sekretarz doroczny J. Trzebiński . . .                                                                                                        | 5  |
| Wybory: Sekretarza Stałego, Prezesa, Wiceprezesa, Sekretarza Dorocznego, Zastępcy Sekretarza dorocznego, Członka Zarządu, Członka Komisji Rewizyjnej, Członków Kasy wsparcia Wdów i Sierot, Członków czynnych . . . | 5  |
| Przemówienie inauguracyjne Prezesa. . . . .                                                                                                                                                                         | 9  |
| Zawiadomienie o odznaczeniu członka Tow. kol. Zembrzuskiego L. podał Prezes . . . . .                                                                                                                               | 20 |

|                                                                                                                                                                                                               | Str. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Wynik Konkursu im. Dobrzyckiego podał Wiceprezes .                                                                                                                                                            | 76   |
| Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej podał Kol. S. Gurb ski.                                                                                                                                                       | 76   |
| Wynik Konkursu im. Wacława Mączkowskiego podał Wi-<br>ceprezes.                                                                                                                                               | 94   |
| Sprawozdanie z działalności naukowej Towarzystwa podał<br>Prezes .                                                                                                                                            | 101  |
| Zawiadomienie o odznaczeniu członków Tow. kol. kol. Mi-<br>chałowicza M., Leśniowskiego A. i Mi-<br>chalskiego Zdz. — podał Prezes .                                                                          | 102  |
| Wynik Konkursu im. Sommera podał Wiceprezes .                                                                                                                                                                 | 103  |
| Wynik Konkursu firmy „Motor“ podał Wiceprezes .                                                                                                                                                               | 140  |
| Wniosek Zarządu o organizacji wyborów Władz Towarzy-<br>stwa na rok 1931 podał Prezes                                                                                                                         |      |
| (Dyskusja: kol. Kryński L. i Grzankowski)                                                                                                                                                                     | 176  |
| Sprawozdanie Zarządu: a) Sekretarza dorocznego, b) Biblio-<br>tekarza, c) Komitetu bibliotecznego, d) Sekretarza Sta-<br>łego (Dyskusja: kol.: Gluziński A., Sawicki Br., Glu-<br>ziński, Sawicki, Surawski). | 177  |
| Preliminarz budżetowy na rok 1931 przedstawił Podskar-<br>bi (Dyskusja: kol. Czarnocki W., Żurawski, Loth<br>E., Roguski J., Czarnocki W. i Podskarbi) Głos o-<br>wianie                                      | 177  |
| Przedstawienie kandydatów na członków czynnych                                                                                                                                                                | 178  |
| Sprawa przepisania tytułu własności i zapisu Sieragowskich .                                                                                                                                                  | 179  |
| Wynik Konkursu im. Piramowicza podał Wiceprezes .                                                                                                                                                             | 179  |
| Wnioski Zarządu .                                                                                                                                                                                             | 179  |

## VI. WYKAZY DZIEŁ I PRAC, NADESŁANYCH DO BIBLIOTEKI TOWARZYSTWA.

|                             |                |     |
|-----------------------------|----------------|-----|
| Podane na posiedzeniu z dn. | 26 stycznia    | 9   |
| " " "                       | 4 lutego       | 18  |
| " " "                       | 11 "           | 22  |
| " " "                       | 18 "           | 32  |
| " " "                       | 25 "           | 36  |
| " " "                       | 11 marca       | 52  |
| " " "                       | 8 kwietnia     | 67  |
| " " "                       | 29 "           | 75  |
| " " "                       | 6 maja         | 79  |
| " " "                       | 20 "           | 85  |
| " " "                       | 10 czerwca     | 93  |
| " " "                       | 17 "           | 96  |
| " " "                       | 30 września    | 102 |
| " " "                       | 7 października | 106 |
| " " "                       | 14 "           | 111 |
| " " "                       | 21 "           | 122 |
| " " "                       | 28 "           | 128 |
| " " "                       | 11 listopada   | 138 |
| " " "                       | 18 "           | 160 |
| " " "                       | 16 grudnia     | 173 |